

2. Наиболее часто диагностируемой опухолью детского возраста является нейробластома, преимущественно поражающая детей мужского пола, реже — детей женского пола, средний возраст пациентов до 1 года 6 месяцев.

3. Медуллобластома встречалась реже. Чаще диагностировалась у лиц мужского пола, средний возраст — 6,5 лет.

4. Развитие медуллобластом и нейробластом сопровождалось метастазированием в жизненно важные органы с высоким летальным исходом.

5. Первичная локализация нейроэктодермальных неоплазм (мозжечок, правый надпочечник, забрюшинное пространство, заднее средостение) указывает на поражение множества регионов в организме.

6. Данное исследование обращает внимание на важное значение антенатальной диагностики неоплазм, оказания своевременной хирургической помощи, с целью снижения детской смертности в Республике Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. / А. А. Баранов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 992–997.

2. Нейробластома у детей Республики Беларусь (заболеваемость, диагностика, результаты лечения): 20-летний опыт / И. В. Пролесковская [и др.] // Гематология. Трансфузиология. Восточная Европа. — 2017. — № 3. — С. 308–317.

3. Пролесковская, И. В. Прогрессия заболевания и рецидивы при нейробластоме у детей Республики Беларусь, характеристика и исходы / И. В. Пролесковская // Евразийский онкологический журнал. — 2015. — № 1(4). — С. 35–45.

УДК 617.586-007.54:616.39-008.64:616-08-035

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Камлёва В. В., Квачук А. Е., Фурман А. А.

Научный руководитель: к.м.н. *Е. С. Махлина*

Учреждение образование

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сахарный диабет называют неинфекционной эпидемией XXI в. Данная патология может протекать достаточно длительно бессимптомно, и очень часто обнаруживается при плановом анализе крови на глюкозу. Несмотря на это, осложнения, которые возникают при данной патологии достаточно опасны и непредсказуемы даже при правильном лечении. Среди таких осложнений и синдром диабетической стопы (СДС). В многоцентровом исследовании, организованном European Study Group on Diabetes and the Lower Extremity (Eurodiale) показано, что среди впервые обратившихся пациентов в 51 % случаев диагностируется нейропатическая форма СДС (среди них с инфицированными язвами 27 %), в 31 % — нейроишемическая форма и с признаками инфицирования язвы и у 18 % — ишемическая. Язвы могут образоваться на любой части стопы, но примерно половина образуется на подошвенной поверхности (включая пальцы) и остальные в других областях. Основа лечения пациентов с СДС — это научно доказанный, многофакторный подход, включающий в себя лечебные меры, направленные на ускорение заживления язвы и сохранение нижней конечности: разгрузка пораженной конечности, правильный регулярный уход за язвой, профилактика и борьба с инфекцией, нормализация углеводного обмена, при необходимости восстановление кровоснабжения конечности.

Цель

Систематизировать современные методы лечения синдрома диабетической стопы у пациентов группы риска с учетом дифференции СДС.

СДС — инфекция, язва и (или) деструкция глубоких тканей стопы, связанная с нарушением нервной системы и снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести (Международная рабочая группа по диабетической стопе, 2000). Выделяют 3 основные формы синдрома диабетической стопы (ВОЗ, 1991 г.).

1. Нейропатическая форма 2. Ишемическая форма 3. Нейроишемическая (смешанная) форма.

При нейропатической форме СДС необходимо:

— разгрузка пораженной области, позволяющая исключить травматизацию язвы, а также уменьшить вероятность возникновения повторного инфицирования. В настоящее время на смену трудновыполнимому постельному режиму и травмоопасным костылям приходят разные варианты разгрузочных приспособлений, из них наиболее доступны съемные («полубашмак», CastWalker), индивидуальная разгрузочная повязка (ИРП) Total Contact Cast (ТСС), которая может применяться в съемной и несъемной модификациях;

— местное лечение включающее механическое или химическое, с помощью протеолитических ферментов, удаление некротической ткани и фибринозного налета. Метод ультразвуковой кавитации, основанный на местном применении низкочастотного ультразвука, позволяет совместить процесс механической очистки раны и антибактериальное действие ультразвука. Инфекция является частым осложнением хронического течения раневого процесса при СДС, причиной около 20 % всех связанных с СД госпитализаций и наряду с нарушением кровоснабжения служит фактором риска ампутаций нижних конечностей. Поэтому в общие принципы лечения СДС включено проведение адекватной антибактериальной терапии;

— применение методов регенераторной медицины (генных и клеточных технологий) является перспективным направлением в лечении СДС. В настоящее время рассматриваются потенциальные эффекты применения в лечении СДС различных факторов роста: фибробластов, эпидермального и тромбоцитарного факторов роста, препарата с плазмидой, содержащей ген фактора роста эндотелия сосудов и гранулоцитарного колониестимулирующего фактора. В достаточном количестве исследований получены результаты, что использование факторов роста способствует ускорению заживления, в том числе и глубоких поражений, соответствующих 3–4 ст. по классификации Wagner и оправдано с экономической точки зрения.

При ишемической нейроишемической формах СДС кроме иммобилизирующей разгрузочной повязки и местного лечения язвенных дефектов применяется широкий спектр хирургических методов лечения:

— Ангиопластика (восстановление проходимости по сосудам путем пластики сосудов).

— Эндартерэктомия (удаление невосстанавливаемых сосудов и запуск кровотока по дополнительным ветвям).

— Аутовенозное шунтирование (создание дополнительной ветки кровотока, в обход пораженным сосудам из небольших фрагментов собственных вен).

— Стентирование артерий на нижних конечностях (установка на сосудистые стенки специальных сеточек или других предметов, поддерживающих сосуды от спадения).

Методики ангиопластики позволяют избежать ампутации конечностей. Данный метод, в отличие от шунтирующих операций, не имеет ограничений по возрасту и сопутствующим заболеваниям. Возможность восстановления регионарного кровотока на разных уровнях ноги, малотравматичность операции, быстрая реабилитация, обнадеживающие непосредственные и отдаленные результаты, улучшение качества и прогноза жизни больных, позволяют считать эндоваскулярную хирургию методом выбора при лечении ишемических и нейроишемических форм СДС.

Выводы

Дифференцированный, с учетом формы СДС, и комплексный подход позволяет выбрать эффективные и современные методики лечения СДС. В зависимости от патогенетической формы диабетической стопы используется соответствующая тактика лечения. В основе лечения нейропатической форме диабетической стопы лежит разгрузка пораженной области, позволяющая исключить травматизацию язвы, а также уменьшить вероятность возникновения повторного инфицирования (съемные («полубашмак», CastWalker), индивидуальная разгрузочная повязка (ИРП) Total Contact Cast (ТСС)). При ишемической и нейроишемической формах применяются хирургические методики (ангиопластика, эндартерэктомия, аутовенозная пластика, стентирование артерий) целью которых является восстановление кровотока. На современном этапе применяются методы генной и клеточ-

ной медицины (стволовые клетки, факторы роста, препараты с плазмидой) что позволяет ускорить регенерацию тканей. Вне зависимости от формы необходимо местное лечение, применение механических и химических методов (удаление некротической ткани и фибринозного налета, применение протеолитических ферментов).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Сахарный диабет — опаснейший вызов мировому сообществу / И. И. Дедов // Вестн. РАМН. — 2012. — № 1. — С. 7–13.
2. Токмакова, А. Ю. Хронические раны и сахарный диабет: современная концепция и перспективы консервативного лечения / А. Ю. Токмакова, Л. П. Доронина, Г. Ю. Страхова // Сахарный диабет. — 2010. — № 4. — С. 63–68.
3. Строков, И. А. Новые возможности лечения диабетических осложнений / И. А. Строков, А. С. Фокина // Рос. мед. журнал. — 2012. — № 20. — С. 996.

УДК 616.832-004.2

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВНО-РЕМИТТИРУЮЩИМ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В СТАДИИ РЕМИССИИ

Канаиш Т. И.

Научные руководители: д.м.н., доцент *Н. В. Галиновская, В. С. Смирнов*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рассеянный склероз (РС) — широко распространенное хроническое, прогрессирующее, генетически детерминированное, аутоиммунное заболевание центральной нервной системы, которое в основном поражает лиц молодого возраста и проявляется многоочаговой неврологической симптоматикой [1]. Выделяют четыре типа течения заболевания: рецидивно-ремиттирующее, первично-прогрессирующее, вторично-прогрессирующее, первично-прогрессирующее с обострениями. Рецидивно-ремиттирующее течение характеризуется полными или неполным восстановлением функций в периоды между обострениями и ремиссиями. РС приводит к развитию чувствительных, двигательных и нейропсихологических симптомов. При проведении целенаправленных психологических исследований когнитивная дисфункция, по данным разных авторов, регистрировалась у 13–93 % больных РС на разных стадиях и при различных типах течения заболевания [1, 2, 3]. Психологические изменения при РС варьируют в широких пределах в зависимости от использованных методов психодиагностического исследования [1]. Многие исследователи указывают на наличие нарушений внимания, памяти, мышления более чем у половины пациентов уже на начальных стадиях заболевания, а психологические проблемы в той или иной степени присущи всем пациентам с РС [1, 3]. Нарушения познавательной деятельности при РС весьма индивидуальны: у ряда пациентов достаточно выраженная когнитивная дисфункция имеет место уже в дебюте заболевания, в то время как у других вообще не наблюдается подобных изменений [1]. Для состояния познавательных функций, как и для других клинических симптомов при РС, характерна флюктуация, т. е. у одного и того же пациента когнитивный дефицит может изменяться в зависимости от целого ряда факторов [1]. Интеллектуальная дисфункция, наряду с функциональным неврологическим дефицитом приводит к снижению работоспособности пациентов [1]. Когнитивные изменения оцениваются с помощью различных тестирований. Они применяются при неврологической патологии для оценки вербальных и невербальных когнитивных функций, а также функции эмоционального контроля [4].

Цель

Выявить особенности когнитивного статуса у пациентов с рецидивно-ремиттирующим рассеянным склерозом в стадии ремиссии.

Материал и методы исследования

Исследование выполнялось на базе II неврологического отделения учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» с 2016 по