

на фоне воспаления (втирание в СОПР 4% раствора едкого натрия), усиленного иммобилизацией (20 часов в клетках-пеналах).

Установлено, что по сравнению с интактным контролем и модельной патологией однократное внутривенное введение 250 мг/кг тиоцетама статистически достоверно восстанавливает показатели, отражающие функциональное состояние СОПР, и активность стресс-стимулирующих систем. Наибольшее нормализующее влияние препарат оказывает на метаболические процессы в виде поддержания про- и антиоксидантного равновесия и обмена углеводов (уровень глюкозы крови и гликогена в СОПР), а также на сохранение нейрогормо-

нальной регуляции со стороны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, в связи с чем показатели состояния ЦНС, сердца и гемодинамики не нарушаются. Наименее подвержены восстановлению структурные изменения СОПР, среди которых количество кислых гликозаминогликанов даже снижается. Анализ отмеченных положительных эффектов тиоцетама сравнительно с составляющими его компонентами может свидетельствовать об их взаимном потенцировании.

Изложенное дает основание рекомендовать тиоцетам в комплексной терапии для повышения эффективности системного лечения воспалительных заболеваний СОПР стрессового генеза.

*«Инновационные медицинские технологии»,  
Франция (Париж), 14-21 марта 2014 г.*

*Медицинские науки*

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАН  
У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ  
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

Джумашалиева А.У.

*Азиатский медицинский институт  
им. С. Тентипиева, Бишкек,  
e-mail: d\_aselya\_28\_02@mail.ru*

Согласно данным ВОЗ (2000г.) количество больных сахарным диабетом составило 175,4 млн. человек. В данное время этот показатель составляет более 250 млн. и у 20-80% из них в возрасте от 20 до 75 лет встречается синдром диабетической стопы. (А.Н. Светухин, 2008 г., S. Mayor, 2006 г.).

Проблема сахарного диабета актуальна и для Кыргызстана. Если в 1966 г. На учёте состояло 523 больных сахарным диабетом, то на 01.01.2001г. было уже 16984 больных. В 2001 г. Зарегистрировано 1557 новых случаев заболевания, а в 2007 г. зарегистрировано уже 3601, что составляет 10% роста диспансерной группы. Согласно данным РМИЦ на 01.01.2008 г. общее число зарегистрированных составило 28077 больных (И.Т. Калюжный, В.Д. Устинов 1975; С.К. Мамутова, 2002; РМИЦ, 2008).

Длительность госпитализации больных синдромом диабетической стопы составляет в среднем 86-91 день и на 47% превышает таковую при других осложнениях диабета. (А. И. Бромбин, С.Н. Пашина, 2001; G. E. Reiberet. al.,2002).

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 86 больных с синдромом диабетической стопы, которые

получали лечение в хирургических отделениях ГКБ № 1 г. Бишкек с 2010 по 2013 гг. Диагноз «сахарный диабет» верифицирован неоднократно исследованиями уровня сахара в крови и моче глюкозотолерантным тестом, согласно диагностическим критериям (ВОЗ, 1999) с учётом соответствующей клинической картины заболевания.

Основная масса больных страдала диабетом второго типа в стадии суб- и декомпенсации. В стадии компенсации СД было только у 11 (12,5%) пациентов, в то время как с декомпенсированной и субкомпенсированной стадией поступили 75 (87,5%) пациентов. Следует отметить, что у 8 (7,3%) больных сахарный диабет выявлен впервые в клинике.

При распределении больных по полу и возрасту выявлено, что мужчины и женщины поступали с одинаковой частотой (41 и 45 соответственно).

Подавляющее количество больных было старше 50 лет- 56 человек (65%), в то время как до 50 лет было всего 30 человек (35%), и они страдали сахарным диабетом второго типа.

Основными причинами госпитализации больных и обращение за хирургической помощью были прогрессирующие трофические нарушения в тканях стопы, язвы, гнойно-воспалительные и некротические процессы дистальных отделов нижней конечности.

При анализе хирургических осложнений диабетической стопы они распределялись следующим образом. (табл. 1).

**Таблица 1**

Распределение больных по характеру осложнений СДС

Характер осложнения	Количество больных	
	абс. число	%
Трофические язвы	48	56,2
Флегмона стопы	13	14,8
Инфицированные раны	20	19,7
Панариции пальцев стопы	5	9,3
Всего:	86	100,0

Трофические язвы имели место у 38 больных (43,2%), при этом язвы локализовались в области стопы и пальцев в местах наибольшего давления. В начале все пациенты отмечали образование мозолей, после отторжения кожи формировались язвы и с их инфицированием они были госпитализированы в хирургический стационар. Дном язвы были мышцы и кости.

При распределении больных по тяжести поражения стопы по Wagner (1987) мы получили нижеследующую картину: Основная масса больных госпитализирована с третьей (52%) и четвертой (23%) степенями тяжести, они страдали нейроишемической формой сахарного диабета (56%) что представляло значительные сложности в их лечении.

Обследование больных осуществлялось по программе, которая предусматривала общепринятые клинические и лабораторные методы исследования. Это анамнез, осмотр конечностей, исследование общего анализа мочи, крови, уровня сахара крови и мочи, ЭКГ, УЗИ, печёночные и почечные тесты, свёртываемость крови.

Для диагностики периферической сенсорной нейропатии проводили определение 4-х видов чувствительности (тактильная, болевая, температурная, вибрационная) и рефлексов (ахилловых, коленных) на основании стандартизированных тестов, принятых в международной практике для исследования периферической сенсорной нейропатии.

Проводили измерение площади раны методом Л.Н. Поповой (1942) на первые, 10- и 20-е сутки и цитологическое исследование «отпечатков» ран по методике М.П. Покровского и М.С. Макарова (1985) на первые, 5-6-е и 12-е сутки.

Для оценки артериального кровотока на нижних конечностях проводили ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей.

При поступлении, пациенты регулярно консультировались эндокринологом для достижения компенсации, что способствовало не только стабилизации обменных процессов, но и регрессу местного процесса. Схема лечения подбиралась для каждого пациента индивидуально. Учитывались показатели глюкозы крови, мочи, состояние местного процесса, веса тела и др.

Для коррекции реологических и микроциркуляторных нарушений назначали препараты сосудистого действия (трентал, курантил, реополиглюкин). Также больные получали антикоагулянты (гепарин) под контролем свёртывающей системы крови.

Для терапии диабетической нейропатии использовали препарат берлитион. В большинстве случаев он улучшает функцию всех отделов периферической нервной системы.

По местному лечению больные были разделены на две группы:

Первая группа-39 больных (45,3%) получали традиционное лечение, т.е. на всех фазах течения раневого процесса использовали мазь левомиколь (контрольная группа). Второй группе -47 больных (54,7%) концентрат из взвеси клеток. Последний был изготовлен из пуповинной крови, путём центрифугирования и удаления плазмы. Полученный клеточный взвесь замораживалась. После очищения раны она наносилась на рану и перевязывалась. Замену повязки проводили ежедневно до полного заживления раневого дефекта.

**Результаты и обсуждение.** Нами проведён сравнительный анализ данных обеих групп.

Первые сутки площадь раны была достоверно больше у больных второй группы. На 10-е сутки от начала лечения у больных обеих групп наблюдалась уменьшение площади раны. При сравнении результатов во второй группе площадь раны стала достоверно меньше в сравнении с первой.

Таблица 2

Динамика площади раны (в мм<sup>2</sup>) у больных с СДС двух групп

Дни исследования	Группы больных	
	1 группа n-39	2 группа n-47
1-сутки	139,1 ± 0,2	154,4 ± 0,5
10 сутки	128,3 ± 1,6	121,3 ± 0,3
20 сутки	94,6 ± 1,2	64,5 ± 1,6

При этом выяснено, что у больных второй группы заживление идёт значительно быстрее по сравнению с первой группой. В итоге при расчёте динамики заживления раны в сутки у больных первой группы она составила 2,1 %, у второй-3,2 %. Во всех фазах течения раневого процесса все показатели превалируют во второй группе т.е. использованный препарат пуповинной крови благотворно воздействует во второй фазе раневого процесса т.е. быстрее идёт процесс эпителизации и грануляции.

При цитологическом исследовании выяснено, что некротический тип цитограммы был больше у больных 2-й группы (50,5%), а дегенеративно-воспалительный – в 1-й группе (32,0%). В процессе лечения цитологическая картина начинает меняться только на 6-7 сутки. Заметное изменение наступает на 12 сутки.

Значительные изменения наблюдались у больных второй группы. К моменту выписки у всех больных был регенераторный тип цитограммы. Шла активная регенерация и эпителизация раны.

При этом полная эпителизация раны достигнута у больных первой группы на  $17,6 \pm 0,4$  а у больных основной группы на  $12,4 \pm 0,9$  сутки после очищения раны.

При анализе сроков заживления по форме поражения стопы выяснено, что более положительная динамика наблюдается у больных с нейрорпатической стопой, далее ишемическая и нейроишемическая.

**Вывод.** Более эффективным оказалось лечение во второй группе. Здесь существенно снизились сроки эпителизации раны, что подтвердило эффективность использования взвеси клеток из пуповинной крови в лечении раневых дефектов у больных синдромом диабетической стопы. Данное исследование подтверждает о необходимости внедрения в клиническую практику для лечения длительно незаживающих ран или язв.

**Список литературы**

1. Светухин А.М., Земляной А.Б., Колтунов В.А. Отдалённые результаты лечения больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы [Текст] // Хирургия. – 2008. – № 7. – С.8-10.
2. Бромбин А.И., Пашина С.Н. Сепсис как причина летальности больных с синдромом диабетической стопы [Текст] // Актуальные проблемы современной эндокринологии / Материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. – Санкт-Петербург, 2001. – С. 35.
3. Каложный И.Т., Устинов В.Д. Эпидемиология сахарного диабета в Киргизии [Текст] // Сб.научн. тр. КГМИ. – Фрунзе, 1975. – Т.105. – С. 4 -14
4. Мамутова С.К. Отчёт минздрава. – 2002.
5. Reiber G.E., Boyko E.J., Smith D.G. Lower extremity foot ulcer and amputations in diabetes [Text] // Diabetes in America. – 2002. – Vol. 95, #2. P. 1468 – 1469.
6. Mayor S. Diabetes affects nearly 6% of the worlds adults [Text] // BMJ. – 2006. – № 9 – P.1191.

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ  
В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ  
У ДЕТЕЙ**

Нурмеев И.Н., Миролюбов А.Л.,  
Ибрагимов С.В., Нурмеева А.Р.

*Казанский государственный медицинский университет, Казань, e-mail: nurmeev@gmail.com*

Актуальность изысканий в сфере лечения и диагностики сосудистой патологии у детей

детерминируется современными высокими эстетическими требованиями социума и вполне конкретными медицинскими показаниями.

Цель: обобщения опыта внедрения и применения новых технологий в лечении сосудистой патологии у детей.

**Материал и методы исследования.**

В 2007-2013 гг. в ДРКБ МЗ РТ проведено лечение 4500 пациентов с сосудистой патологией в возрасте от 1 мес. до 18 лет. 4000(88,89%) составили гемангиомы и сосудистые опухоли, 242(5,38%) – варикозное расширение вен, 258(5,37%) – прочие заболевания. Диагностика включала в себя рутинный врачебный осмотр и, по показаниям, УЗИ сосудов, спиральную КТ, ангиографию. В лечебной программе выполняли традиционные хирургические вмешательства и новые высокотехнологичные способы лечения со смещением акцента в пользу последних. В лечении лимфангиом разработали и внедрили способ № 2465838, в лечении варикоэ – № 2013111245. Широкое внедрение получил способ эндоваскулярной лазерной коагуляции варикозно трансформированных вен, чрезкожная лазерная коагуляция вен. В лечении гемангиом применяли как лазерное, так и медикаментозное лечение (пропранолол-терапия в 105(2,63%) случаях), для диагностики гемангиом был разработан способ № 2013113161. Контроль результатов – УЗИ, цифровая фотография, тесты-опросники качества жизни.

Результаты: отмечено улучшение у всех пролеченных пациентов, осложнений выявлено не было. Наиболее показателен прогресс от внедрения медикаментозного лечения гемангиом и лазерной коагуляции варикозных вен.

Выводы: применение современных малоинвазивных способов лечения позволяет добиться излечения при наилучших послеоперационных косметических результатах.

*Подготовлено в рамках гранта Президента РФ МД-809.2013.7*

**«Проблемы международной интеграции национальных образовательных стандартов», Франция (Париж), 14-21 марта 2014 г.**

**Медицинские науки**

**ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ  
БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ  
НА КАФЕДРЕ МОРФОЛОГИИ  
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО  
ФАКУЛЬТЕТА ГБОУ ВПО РНИМУ  
ИМ. Н.И. ПИРОГОВА**

Ботчей В.М., Писцова Т.В., Федосеев В.А.  
*ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, Москва, e-mail: bonik-do@yandex.ru*

В связи с переходом в Высшей школе на новые образовательные стандарты и изменением требо-

ваний в ВУЗах к системе преподавания и обучения, возникла необходимость модернизации системы контроля и оценки знаний студентов, а именно введение балльно-рейтинговой системы (БРС).

С сентября 2013 года на кафедре морфологии медико-биологического факультета (МБФ) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова введена БРС оценки знаний студентов 1 и 2 курса, обучающихся по следующим специальностям: «Медицинская биофизика», «Медицинская биохимия» и «Медицинская кибернетика».

Учебная дисциплина «Морфология» относится к математическому, естественнонаучно-