

«Инновационные медицинские технологии»,  
Россия (Сочи), 8–11 октября 2015 г.

*Биологические науки*

**РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ  
С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ДЕФИЦИТОМ**

Дьякова В.Н., Епифанцев А.В.

ГБУ РО «Областная детская больница»,  
Ростов-на-Дону,  
e-mail: epifantsev.aleksandr2015@yandex.ru

Одним из наиболее тяжёлых заболеваний в детской ортопедии является врождённый вывих бедра. У детей, имеющих неврологическую патологию, диагностика и лечение указанной патологии затруднена изменённым мышечным тонусом.

Пациенты, с диффузной мышечной слабостью, имеют недостаточный активный объём движений в ногах, «вялость» ног, в то время как объём пассивных движений увеличен. Такой ортопедический симптом как асимметрия кожных складок, является признаком гипотрофии мышц, т.е. признаком вялого пареза, а уже следствием пареза бывает латерализация проксимального отдела бедренной кости (подвывих, вывих). У пациентов с нижним вялым парапарезом иногда встречается весьма характерный симптом «кукольной ножки». Этот симптом очень часто недооценивается ортопедами, или же не трактуется вовсе.

Ещё одна группа детей имеют повышенный мышечный тонус (развиваются спастические вывихи и подвывихи). У них также нельзя определить истинный объём движений в тазобедренных суставах: мышцы уплотнены, болезненны при пальпации (особенно приводящая группа мышц).

Необходимым дополнением к установлению диагноза являются ультразвуковое и рентгенологическое обследование, где конкретно определяется вид дисплазии тазобедренного сустава (скошенность крыш вертлужных впадин, увеличение угла  $\alpha$ , степень девиации бедренной кости).

Лечение таких детей комплексное, нейроортопедическое. Назначаются лекарственные препараты, действие которых направлено на нормализацию мышечного тонуса.

С целью устранения дисконгруэнтности суставных поверхностей применяются протезно-ортопедические изделия: подушка Фрейка, шина Виленского, стремена Павлики. В нашем отделении используется последнее приспособление, так как при достигнутом правильном взаимоотношении анатомических образований в тазобедренном суставе сохраняется некоторый объём активных движений. Это позволяет быстрее восстанавливать тонус поражённых мышц.

Стоит особо отметить метод консервативно-го лечения, применяемый нами у детей первых

месяцев жизни с типичным врождённым вывихом бедра (1–4,5 мес.), который сопровождается неврологическим дефицитом (особенно при повышенном мышечном тонусе). При этом также используется дозированное отведение в тазобедренных суставах. Сущность методики заключается в следующем: накладываются гипсовые тьютора на коленные суставы в положении сгибания последних под углом  $90^\circ$ , бедра отводятся до возможного и фиксируются распоркой, один конец которой фиксируется наглухо, а другой, на стороне вывиха, фиксируется так, чтобы была возможность для дозированного отведения.

В таком положении повязка оставляется на 5–7 дней, затем через указанный срок бедра отводятся на возможную величину и снова повязка оставляется на 7 дней. Подобная манипуляция выполняется до клинического вправления вывиха бедра, что происходит в среднем на 3–5 неделе лечения.

Затем производится рентгенологический контроль. Если на снимке определяется вправление вывиха, то повязка оставляется на 1–1,5 мес., затем надеваются стремена Павлики, которые ребёнок носит ещё в течение 2–3 мес. После рентген-контроля дети протезируются шиной Виленского до полного восстановления соотношений в тазобедренном суставе.

Одновременно со всеми манипуляциями проводятся курсы физиофункционального лечения, включающие в себя: электрофорез с 1% раствором эуфиллина и 2% раствором хлорида кальция с двух полюсов одновременно, у детей с вялыми параличами в нижних конечностях через 1 мес. проводят электрофорез с 0,1% раствором прозерина на область поясничных ганглиев (Th9-L2), парафиновые (озокеритовые) аппликации на область суставов, общий массаж с акцентом на поясничную область, ягодицы, нижние конечности. Учитывая неврологический дефицит, лечение дополняется иглорефлексотерапией, которая в нашем отделении применяется с 1–2-месячного возраста, а также сеансами мануальной терапии.

Если при рентген-обследовании определяется отсутствие вправления вывиха, повязка снимается перед применением вытяжения по методу «over head», который осуществляется в Областной детской больнице в отделении ортопедии.

По данной методике в отделении за последние 3 года пролечено 29 детей. Полное восстановление тазобедренных суставов в течение этого срока лечения произошло у 25 детей (86,2%),

у 3 детей (10,3%) произошло улучшение в виде перехода вывиха бедра в подвывих, у 1 одного пациента (3,4%) потребовалось проведение более сложных методов консервативной терапии.

Положительными в представленной методике лечения являются следующие моменты:

1) метод позволяет безболезненно, дозированно вправить вывих бедра в более раннем возрасте и получить положительные результаты в 80,2–86,2% случаев;

2) позволяет разрешить нагрузку на ноги в возрасте 12–14 месяцев, что соответствует физиологическим нормам;

3) предполагает возможность перевода вывиха бедра в состояние под- или предвывиха, что в дальнейшем уменьшает объем оперативного вмешательства.

### ДОЛИ ТИМУСА У ДЕГУ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: [deptanatomy@hotmail.com](mailto:deptanatomy@hotmail.com)

В литературе можно прочитать, что тимус человека состоит из 2 асимметричных долей с очень вариабельной формой, они плотно прилегают друг к другу (Сапин М.Р., Этинген Л.Е., 1996). Между тем давно известно: тимус человека состоит чаще из 2 долей, но разные авторы обнаруживают с разной частотой от 1 до 6 долей (Забродин В.А. 2004). У белой крысы описывают 2, иногда 1 долю тимуса (Ноздрачев А.Д., Поляков Е.Л., 2001) или 3 в 4,3% случаев (Пасюк А.А., 2006). Тимус белой крысы, по моим данным, имеет многодолевое строение. Его 2 классические, основные доли (правый и левый тимусы) подразделяются на вторичные или истинные доли – краниальную, среднюю, каудальную и дорсолатеральную. Между ними проходят ветви внутренней грудной артерии –

(средняя) тимическая и перикардиофрагмальная артерии (Петренко В.М., 2012). Доли тимуса у дегу не описаны.

Я отпрепарировал тимус у 10 дегу 3 месяцев обоего пола после их фиксации в 10% формалине. Тимус состоит из 2 классических, ложных долей – правый и левый тимусы. Между ними находится клетчатка. Вентральная поверхность всего тимуса покрыта плотной соединительнотканной капсулой, под которой в каждом тимусе определяются вторичные, истинные доли органа – краниальная (апикальная) и 3 базальные (латеральная, средняя и медиальная). Сосудисто-нервные пучки шеи спускаются к медиальным краям верхушек тимуса, их косопродольные ветви продолжают на вентральную поверхность тимуса. Диафрагмальные нервы смещаются на латеральные поверхности органа, куда подходят ветви подключичных сосудов. Их правые и левые тимические ветви проходят на дорсальной поверхности органа между апикальными и базальными долями и анастомозируют по средней линии, по ходу отдают ветви в промежутки между базальными долями. У дегу поперечный размер тимуса преобладает над продольным (у крысы – наоборот), гораздо меньше разница между долями по размерам. У крысы парная апикальная доля – удлиненная, сужается в краниальном направлении и прилежит к вентролатеральной поверхности трахеи. У дегу пирамидальной формы апикальные доли тимуса короткие, причем правая из них прилежит к правой полуокружности трахеи, а левая – к левой, вентролатеральной поверхности передней полой вены, левосторонней у дегу. У крысы доли тимуса располагаются последовательно, в три продольных этажа, у дегу – в шахматном (или напоминающем его) порядке.

### Медицинские науки

#### ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ ГЛИМЕПИРИД ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Гагарин В.И.

ГБУ РС (Я) «Республиканская больница № 3»,  
ОДПО ГБОУ СПО РС (Я) «Якутский медицинский колледж», Якутск, e-mail: [gagarinvi@mail.ru](mailto:gagarinvi@mail.ru)

Сахарный диабет является одной из актуальных проблем здравоохранения Республики Саха (Якутия). Одним из современных подходов в лечении сахарного диабета 2 типа (СД 2) считается использование пероральных сахароснижающих препаратов при уровне HbA1c ниже 8,0%.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение эффективности препарата глимепирид (амарил), внедренного в нашем стационаре в 2003 году для лечения пациентов СД 2.

#### Материалы и методы исследования:

в исследование были включены 45 пациентов (26 женщин и 19 мужчин) с СД 2 в возрасте от 61 до 79 лет Средний возраст пациентов составил  $70 \pm 9$  лет, длительность диабета от 6 месяцев до 12 лет (в среднем  $6,7 \pm 5,3$ ). Индекс массы тела –  $32,6 \pm 5,1$  кг/м<sup>2</sup>.

Всем пациентам в начале курса лечения назначали одноразовый пероральный прием глимепирида по 1 мг в сутки с постепенным увеличением дозы препарата. В среднем суточная доза препарата составила 1–4 мг в сутки, а максимальная – 6 мг в сутки. Пациентам СД 2 с ожирением (ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>).

Произведены следующие клинические и лабораторные тесты: осмотр эндокринолога, оценка гликемии натощак, гликемический профиль в начале исследования и через 30 и 180 суток