

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

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

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 ± 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/м².

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/м²).

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

лечения, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), биохимический анализ крови: креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ, общий холестерин, общий белок и его фракции, триглицериды, общий билирубин в эти же сроки. Статистическая обработка результата выполнена с помощью программы Excel Microsoft (версия 7,0).

Результаты. В начале исследования все 35 пациентов находились в стадии декомпенсации углеводного обмена (уровень HbA1c колебался от 9,2% до 16,4% (в среднем $12,7 \pm 3,7$), с уровнем гликемии натощак $> 15,0$ ммоль/л, также у большинства пациентов была констатирована дислипидемия. После назначения глимепирида компенсация углеводного обмена ($HbA1c < 7,0\%$) была достигнута к концу 180 суток у 23 человек (66%), у 12 пациентов (34,0%) констатирована субкомпенсация ($HbA1c$ – от 7,0 до 8,0%). В конце исследования наблюдалась и нормализация липидограммы у 55,2% пациентов (19 человек).

Выводы: таким образом, при назначении пациентам СД 2 перорального сахароснижающего препарата глимепирид нами констатировано достоверное снижение уровня HbA1c (до 7,0%), глюкозы натощак и среднесуточной гликемии. В Республике Саха (Якутия) глимепирид является препаратом выбора для проведения консервативного лечения пациентов СД 2, особенно в стадии декомпенсации диабета ($HbA1c > 9,0\%$).

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Гарбуз И.Ф.

*Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: travorto.tir@mail.ru*

Локтевой сустав у детей является сложной анатомической структурой, в связи с чем, реабилитационное лечение как после оперативного вмешательства, так и после закрытой репозиции костных отломков с транскутаной фиксацией спицами сложен и специфичен. Восстановление функции сустава должно начинаться как можно скорее, после наложения гипсовой повязки. Комплекс восстановительного лечения у этих больных зависит от времени, прошедшего с момента повреждения и характера самого повреждения. В связи с чем, восстановительное лечение условно делится на три периода:

Первый период – период пребывания больной конечности в иммобилизации;

Второй период – период после снятия иммобилизации (3 недели);

Третий период – период начала нагрузки травмированной конечности.

Цель исследования – определить оптимальный и эффективный вариант реабилита-

ционного лечения детей после травмы локтевого сустава.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением за последние 10 лет находились 88 ребенка различного возраста и пола, перенесших травму локтевого сустава, из которых: чрезмышелковый перелом плечевой кости – 19; перелом головки мышелка плечевой кости – 16; надмышелковый перелом плечевой кости – 13; апофизиолиз медиального надмышелка плечевой кости – 15; перелом шейки лучевой кости – 10; вывих костей предплечья – 15. Всем больным произведены, в зависимости от диагноза, сложные вмешательства с последующей иммобилизацией до 30 дней.

В первом периоде после наложения гипсовой повязки назначалась лечебная физкультура в виде статического напряжения мышц травмированной конечности, движение пальцами кисти и обязательно как можно больше двигать здоровой конечностью. Параллельно больные дети получали щадящий, отвлекающий массаж в виде поглаживания пальчиков травмированной конечности, рефлекторно-сегментарный массаж здоровой конечности. Эффективность реабилитации повышается при одновременном применении и физиотерапевтических методов, как тепло-, свето- и электролечение.

После снятия гипсовой повязки и после удаления фиксаторов начинался второй период реабилитации. Назначались щадящие лечебные упражнения:

1. Нефорсированные сгибательно-разгибательные движения в локтевом суставе, ротационные движения предплечья, активные движения в лучезапястном суставе и движения пальчиков.

2. Поверхностный массаж мышц предплечья и плеча с максимальной защитой области локтевого сустава с последующим переходом на более глубокий массаж. Процедура всегда начинается с пальчиков и постепенно, незаметно для больного ребенка продвигается в проксимальную сторону. Лечебные упражнения должны проводиться нежно, в форме игры, создавая больному ребенку положительные эмоции.

3. Параллельно больной ребенок получает теплые отвлекающие ванны на травмированный локтевой сустав; электрофорез с новокаином на локтевой сустав. Весь этот период у ребенка травмированная рука находится на косынке.

Спустя 3 недели снимается косынка и начинается третий период восстановительного лечения, начинаются более активные движения в локтевом суставе самим ребенком под контролем методиста, и до появления нежных неприятных ощущений, этой рукой больной начинает пользоваться; получает массаж мышц кисти предплечья и плеча. Массаж выполняется в полном объеме, начиная от разминания и кончая тонизирующим этапом массажа. Массаж выполняется в сочетании с лечебными упражнениями