

ПОИСК ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет
Медицинский институт высшего сестринского
образования,
Краснодар, Россия*

Образование кислоты в желудке является, важной составляющей процесса пищеварения, но при патологических состояниях – причиной многих заболеваний. Среди них гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, панкреатит. В настоящее время гастроэзофагальная рефлюксная болезнь имеет устойчивую тенденцию к широкому распространению, при этом постоянно растёт удельный вес тяжёлых и осложнённых форм. В практике лечения больных, страдающих кислотозависимыми заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, чаще всего используются не всасывающиеся антацидные препараты.

Цель исследования – поиск наиболее эффективных методов и схем терапии данной патологии. Обследовано 67 больных. Жалобы на тошноту, изжогу, рвоту, отрыжку, икоту отмечались у 75,8% пациентов. Все они были разделены на 7 групп: 1-я получала ингибитор протонной помпы – омепразол в составе антихеликобактерной терапии, 2 - омез, 3 - ультоп в сочетании с прокинетиком мотилиумом. Пациенты 4, 5 и 6 групп получали омепразол, омез и ультоп соответственно в сочетании с мотилиумом и электрофорезом церукала на нижнюю треть грудины. В результате проведенных исследований выявлено, что жалобы на тошноту, изжогу, рвоту, отрыжку, икоту отмечены у 75,8% пациентов.

Анализ полученных данных выявил: по результатам опросника САН, Айзенка у 76% пациентов отмечалось снижение активности и самочувствия по сравнению с настроением. Тест Люшера позволил установить у 67,9% больных - отклонение от аутогенной нормы, напряжённость, тревожность. Лучшие результаты в коррекции психоэмоционального статуса показали 3 и 6 группы. В 1 и 2 группах изжога, отрыжка и икота были устранены в среднем на 6-й день терапии. В 3 и 6 группах – на 3-й день, 4 и 5 группы не имели статистически значимых различий – симптомы исчезали на 5-й день терапии. Полное устранение всех симптомов после 2-х недельного курса наблюдалось у 68% пациентов 1 и 2 групп, у 84% больных из 3 группы, у 66% - из 4 и 5 групп и у 95% пациентов 6 группы. Эндоскопическая

ремиссия через 3 и 6 месяцев отмечалась у 33% больных 1 группы, у 42% - 2 группы, у 66% пациентов 3 группы. В 4 и 5-й - значения были близки к 1 и 2 группам и составили 45% случаев, в 6 – 81%. Отсюда следует, что в 1, 2, 4 и 5 группах пациенты чаще дополнительно использовали антациды (алмагель, фосфалюгель, маалокс) для устранения изжоги; симптомы исчезали в более поздние сроки. Применение антацидного препарата Рэлцер привело к более выраженным результатам. Жалобы на изжогу, боли в животе, отрыжку купировались раньше, количество эрозий достоверно снизилось.

Таким образом, клиническая картина гастроэзофагеальной рефлюксной болезни проявляется на фоне расстройств психоэмоциональной сферы. Наиболее эффективным методом лечения является применение ингибиторов протонной помпы в комбинации с прокинетическими препаратами. Предпочтительными в терапии являются схемы ингибитора протонной помпы (ультопа) и прокинетика (мотилиума) в сочетании с электрофорезом церукала. Препарат Рэлцер обладает цитопротективным действием на слизистую оболочку пищевода и желудка, связанное со стимуляцией синтеза простагландинов, что позволяет рекомендовать его к использованию в лечении кислотозависимых заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта.

ФИЗИОЛОГИЯ НЕРАЗВИТИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА В ПЛАЦЕНТЕ

Петренко В.М.

*Санкт-Петербургская государственная
медицинская академия им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Лимфатическое русло (ЛР) служит дополнительным к венам дренажем большинства органов, образуется путем выключения из кровотока коллатеральной части эмбрионального венозного русла. Закладка ЛР начинается с его экстраорганной части: в первичные вены с эндотелиальными стенками при их расширении в плотном окружении интенсивно растущих органов инвагинируют артерии с наружной оболочкой и разделяют периферическую часть вен на боковые карманы. Расширение вен приводит к сужению и перерыву сообщений центральных каналов вен с их боковыми карманами, отделению лимфатических щелей с эндотелиальной выстилкой. Карманы принимают притоки, они выходят из разных органов. Часть притоков под давлением артерий неравномерно расширяется и фрагментируется на дополнительные лимфатические щели. Щели сливаются в лимфатические мешки и стволы, их притоки выходят из

стенок органов. Падение давления в закладке ЛР приводит к полному разделению лимфатических и кровеносных капилляров. Лимфатические капилляры с более тонкой стенкой отводят тканевую жидкость и крупнодисперсные частицы, не попавшие в кровеносное русло. Плацента устроена как жабры и сосудистая система раков: хориальные ворсинки погружены в лакуны эндометрия с материнской кровью, находящиеся между маточными сосудами. Пупочные вены несут из межворсинчатых лакун в тело зародыша кислород и питательные вещества. Плацента организует дренаж зародыша в маточные сосуды через лакуны. Иначе говоря, в ЛР плаценты нет необходимости. Учитывая механику закладки ЛР, она «противопоказана» плаценте, поскольку могла бы послужить причиной гибели или возникновению различных пороков развития зародыша: расчленение пупочных вен привело к бы к застою артериальной крови и нарушению кровоснабжения зародыша, начиная с печени – центра его кроветворения. Врожденная непроходимость тонкой кишки внутреннего типа возникает в результате нарушения целостности слизистой (Politzer G., 1931) и кровоснабжения (Barnard C.N., 1956). В эмбриогенезе эти процессы обусловлены спирализацией кишечной трубки и скручиванием брыжейки, что приводит к деформации брыжеечных вен. В норме критическая ситуация разрешается закладкой ЛР (Петренко В.М., 1987). Цель данного исследования – показать, каким образом предотвращаются деформация пупочных сосудов и закладка ЛР плаценты. Строение пупочного канатика и его сосудов изучено на серийных гистологических срезах зародышей человека 4-9 нед, окрашенных гематоксилином и эозином, смесью Маллори, толуидиновым и альциановым синими.

У эмбриона 5 мм длиной (4 нед) очень крупные по диаметру пупочные сосуды имеют эндотелиальные стенки. В стенках артерий эндотелий потолще, в субэндотелиальном слое мезенхимные клетки формируют цепочки разной длины – начало формирования первичной наружной оболочки. У эмбрионов 7-8 мм длиной (5 нед) она сформирована, хотя и очень тонкая. Пупочные сосуды окружены миксоидной соединительной тканью. Ее насыщенность гиалуронатами и толщина постепенно увеличиваются, а относительный диаметр сосудов уменьшается. У эмбрионов 6-7-й нед дифференцируется средняя и утолщается наружная оболочки пупочных артерий. У эмбрионов 7,5 нед (25 мм длиной) начинается формирование наружной оболочки пупочной вены. В конце 8-й – начале 9-й нед завершается оформление первичной лимфатической системы, начинается закладка лимфоузлов, в пупочном канатике не происходит существенной деформации сосудов и закладки ЛР.

Причины этого явления разнообразны. Пупочные артерии, как и артерии в теле зародыша, рано приобретают адвентициальную оболочку, которая препятствует их расчленению. В окружении пупочной вены нет органов и плотных структур, интенсивный рост и давление которых приводил бы к ее деформации и закладке лимфатических мешков. Прилежащие к пупочной вене пупочные артерии не образуют множественных ветвей, которые пересекали бы расширяющуюся вену. По форме пупочный канатик сопоставим с пупочной кишечной петлей. Интенсивный рост в длину ее тонкокишечного (нисходящего) колена в условиях плотного окружения в брюшной полости и узкой полости пупочного канатика сопровождается спирализацией тонкой кишки и скручиванием ее истончающейся брыжейки, что приводит к: 1) вытяжению из основания пупочного канатика грыжевого мешка с петлями подвздошной кишки; 2) множественной деформации брыжеечных вен и закладке брыжеечного ЛР. Толстый пупочный канатик эмбриона явно отстает от пупочной кишечной петли по темпам роста в длину и не спирализуется. Упругий вартонов студень увеличивает резистентность пупочного канатика и его сосудов к внешнему давлению (физиологической пупочной грыжи) и предохраняет пупочные сосуды от деформации. У плодов пупочный канатик сильно удлиняется и спирализуется, но стенки пупочной вены уже включают наружную и среднюю оболочки.

Закключение. Пупочная вена, потенциальный источник лимфатических щелей и ЛР плаценты, не подвергается значимой деформации и перестройке в эмбриогенезе. Необычный морфогенез сосудистого русла плаценты без образования ЛР представляет собой частный случай в сложном развитии сердечно-сосудистой системы млекопитающих, который однако только подтверждает адекватность строения и функционирования сосудистого русла его топографии, строению и функциям обслуживаемых органов.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ИЗУЧАТЬ СТРОЕНИЕ РЕАЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Анатомия человека является одной из тех наук, на которых выстраивается фундамент медицины. Это азбука медицины, без которой не научиться читать книгу жизни, отличать здорового человека от больного. Люди, близнецы неодинаковы. Однако до сих пор учебники по анатомии че-