ев, т.е. получил сходные с Д.А.Ждановым данные о начальном отделе ГП. Простое слияние и узкопетлистое сплетение поясничных стволов переходили в ГП на уровне I поясничного позвонка, т.е. на 2-3 позвонка ниже, чем по данным Д.А.Жданова, по которым начало ГП с цистерной проецировалось в среднем на нижний край тела I поясничного позвонка, а возрастное опущение составляет 0,5 позвонка. Г.М.Семенов (1999) обнаружил ГП на правом крае позвоночного столба только в 26% случаев (74% — по Д.А.Жданову), когда дуга аорты располагалась почти сагиттально (долихоморфное телосложение ?), а ГП впадал в плечеголовную вену. М.С.Лисицын (1921) и Д.А.Жданов (1945) показали, что дуга ГП наиболее высоко находится при долихоморфном телосложении, наиболее низко — при брахиморфном. Когда дуга аорты занимала положение, промежуточное между сагиттальным и фронтальным (43% препаратов Г.М.Семенова), ГП поднимался по средней линии (18% по Д.А.Жданову), из-под левого края пищевода выходил на шею, где располагался позади общей сонной артерии. Когда дуга аорты была близка к фронтальной плоскости (31% случаев), ГП проходил у левого края позвоночного столба (5% по Д.А.Жданову), а при выходе на шею резко отклонялся влево и находился латеральнее общей сонной артерии. С возрастом, после рождения увеличивается крутизны шейной дуги ГП: опускается не столько конец ГП, сколько венозный угол (Adachi B., 1933). Д.А.Жданов обнаружил цистерну у 30% плодов (ГП и поясничных стволов = 1:1), А.И.Филиппов (1970) — у 40% плодов, И.Ю.Полянский (1985) — у 95%, В.М.Петренко (1993) — у 66% (ГП — 52%, поясничных стволов — 18%, переходная — 30%). Д.А.Жданов объяснял разницу увеличением функциональной нагрузки на начало ГП и его расширением после рождения. Иначе говоря, цистерны у плодов уже и можно не заметить веретеновидную или четковидную цистерну.

ГП у взрослого человека имеет длину от 30 до 41 (35,81±0,68) см, диаметр — 2–4 мм с расширением до 5-20 мм в цистерне, клапанов — от 7 до 20 (чаще 14–15) с неравномерным распределением на протяжении ГП: больше всего над цистерной, около дуги аорты и соединения с веной. Длина (межклапанных сегментов) лимфангионов ГП зависит от частоты размещения клапанов и чаще всего равна 0,5-5 см. Наибольшие ширина просвета и толщина стенок, по ширине и объему лимфангионы, по размерам клапаны обнаруживаются в нижнегрудном отрезке ГП, в среднегрудном отделе — самые длинные и узкие лимфангионы.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА НЕЙПОГЕН НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В.В. Попов, В.А. Егоров, Р.И. Аглиулин

Городская клиническая больница №12. г. Новосибирск, Россия

В большинстве случаев именно артериальные реконструкции позволяют сохранить конечность. Однако в целом статистику ре-

зультатов хирургического лечения при критической ишемии нижних конечностей сегодня нельзя признать удовлетворительной, поскольку периоперационная летальность достигает 12 %, частота больших ампутаций — 10–21,5 %.

Основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения критической ишемии нижних конечностей при атеросклерозе является развитие реокклюзий в реконструированных сосудистых бассейнах. Реокклюзии разделяют на ранние, возникающие в непосредственном и раннем послеоперационных периодах, и поздние, проявляющиеся в отдаленные сроки после операции.

Ведущей причиной поздних реокклюзий является прогрессирование атеросклеротического процесса. При этом тяжесть состояния больных определяется не только развитием стенозов и окклюзии в ранее реконструированных сосудистых бассейнах, но и системным характером атеросклеротического процесса. Для неоангиогенеза и формирования коллатерального русла нами предложена мобилизации эндогенных стволовых клеток с использованием рекомбинантного колониестимулирующего гранулоцитарного фактора человека в послеоперационном периоде после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей. Мы располагаем опытом лечения 24 больных с окклюзионным поражением бедренно-берцового сегмента, которым в качестве колониестимулирующего фактора в послеоперационном периоде был применен препарат Нейпоген.

По сравнению с традиционными способами ведения ближайшего послеоперационного периода у больных облитерирующим атеросклерозом предлагаемая методика является предпочтительной вследствие уменьшения количества поздних реокклюзий на 9 %, сокращения числа выполненных ампутаций на 25,2 %.

АЛГОРИТМЫ КЛАССИФИКАЦИИ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА БАЗЕ НЕЙРОКОМПЬЮТИНГА

Ф.А. Пятакович,
Л.В. Хливненко,
Т.И. Якунченко

Белгородский государственный университет. г. Белгород, Россия

Актуальность работы

В процессе проводимого биоуправляемого игрового тренинга постоянно сохраняется необходимость оценить объективное состояние ведущих физиологических систем организма пациента в режиме on line [1]. Особенно это актуально для испытуемых, включенных в контур компьютерной биологической обратной связи. В режиме биоуправления в соответствии с целевой функцией реализуется постоянное сопоставление текущего состояния с разработанными заранее моделями.

Структура таких систем, включающая программное обеспечение, призвана обеспечивать достаточную скорость анализа и обработки, как текущей электрофизиологической информации, так и поступающей периодически. Таким образом, биотехническая система игрового тренинга должна включать модуль диагностики. Этот модуль может оценивать исходное состояние ис-