

ЖЕЛУДОЧНО-СЕЛЕЗЕНОЧНОЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЕ КОЛЬЦО У БЕЛОЙ КРЫСЫ

Петренко В.М.

*Международный морфологический центр,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Периферические лимфатические пути у крысы описаны в литературе скудно, главным образом – региональные лимфатические узлы (ЛУ) и пути оттока лимфы от них в лимфатические стволы и протоки. Сведения о ЛУ в области желудка крысы ограничены и противоречивы также. И.М.Иосифов (1944) постоянно обнаруживал ЛУ желудка у серой крысы в количестве 1-2 на каждой стороне органа, между концом пищевода и выходом из желудка. Я.А. Рахимов (1968) о ЛУ желудка и селезенки у белой крысы не упоминал. А.Д. Ноздрачев и Е.Л. Поляков (2001) описали:

1) один маленький селезеночный ЛУ около места слияния 4 воротных вен селезенки в селезеночную вену;

2) каудальный желудочный ЛУ (один или парный), который прилежит к желудочно-сальниковой вене.

Я препарировал 20 белых крыс 1-2 мес. обоего пола, фиксированных в 10% растворе формалина. У 5 крыс я предварительно инъецировал лимфатическое русло желудка синей массой Герота, из которого лимфатическое сосуды (ЛС) направляются вдоль левых ветвей чревной артерии в чревной лимфатический ствол. Наиболее крупные ЛС (до 3) проходят по большой кривизне желудка. Из области его дна пучок более мелких ЛС по желудочно-селезеночной связке спускается к краниальному концу селезенки, далее ЛС расходятся по вентральному и дорсальному краям селезенки, около ее ворот формируют сплетение. В области пилорического отдела желудка определяется другое крупное лимфатическое сплетение большого сальника. Из него на тело поджелудочной железы спускается пучок ЛС. Между этими сплетениями, по вентрокраниальной стороне поджелудочной железы проходит поперечный лимфатический путь с непостоянным строением на протяжении (1-3 ЛС, коллатерали, возможны «островковые» расщепления ЛС). Таким образом, желудочный (дорсокраниальный) и панкреатический (вентрокаудальный) пучки ЛС и их сплетения в большом сальнике (правое – желудочное, левое – селезеночное) составляют желудочно-селезеночное лимфатическое кольцо. На концах панкреатического пучка ЛС, около желудочного и селезеночного сплетений ЛС находятся ЛУ – 2 панкреатических (под пилорусом и левее) и 2 селезеночных (около ворот селезенки). ЛУ являются вставочными для описанного лимфатического пути: ЛУ соединяются с ним параллельно или прерывают одну из коллатералей пути (афферентный и эфферентный ЛС данного ЛУ).

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОПЕРАБИЛЬНОГО РАКА В УСЛОВИЯХ МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ – ПОВОД К МОДЕРНИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОНКОСЛУЖБЫ

Сухарев А.Е., Куликов Д.Н., Крупнов П.А.

*МУЗ ГКБ № 4 им. В.И. Ленина, Астрахань,
e-mail: alexandr.suharev2010@yandex.ru*

Современная противоопухолевая терапия в значительной степени является эмпирической. Поиску путей преодоления резистентности новообразований к цитостатикам и индивидуализации противоопухолевой терапии посвящена одна из конференций отечественной школы онкологов в Санкт-Петербурге в 2007 г.

Мы сообщаем о собственных результатах паллиативного лечения трёх больных малоимущих пенсионеров с неоперабельным раком околоушной железы, фатерова соска и пищевода в амбулаторных условиях муниципального здравоохранения.

1. Больной А. 68 лет с неоперабельным рецидивом местно-прогрессирующего мукоэпидермоидного рака правой околоушной железы и сопутствующей кардио-васкулярной болезнью после безуспешного лечения в Астраханском областном онкологическом диспансере (ООД) и последующих консультаций и консилиумов в РОНЦ АМН и МНИОИ им. П.А. Герцена (г. Москва) был отправлен с распадающейся, кровоточащей злокачественной опухолью правой околоушной области, размером 16×17 см и распространяющейся на область правой сонной артерии на симптоматическое лечение домой, на территорию МУЗ ГКБ № 4 г. Астрахани в октябре 2006 г.

С целью гемостаза и циторедукции новообразования нами с октября 2006 г. до августа 2007 г. проводилось многократное введение в разные точки опухоли и околоопухолевой ткани до 40 мл 95% этанола (под местной анестезией) и по 10 мг метотрексата, 200–400 мг циклофосфана, 250 мг 5-фторурацила с интервалом 1–2–4 недели. Кроме того, 23.04 и 25.07.07 г. выполнена криодеструкция, а 18.06. и 10.10.07 г. – электрокоагуляция резидуальной опухоли. В результате, через 11 месяцев лечения наступила подтвержденная биопсией полная регрессия неоперабельного рака околоушной железы (*Подробнее см. Ж. «ВРАЧ» 2009, № 10, стр. 48-49*).

2. Больная П. 70 лет с нарастающей механической желтухой, вызванной раком фатерова соска, поступила в Астраханский ООД 14.01.2008 г. Диагноз подтвержден при фиброгастроудоденоскопии (ФГДС) – опухоль 2×2 см и биопсии – аденокарцинома. Несколько лет назад пациентка перенесла холецистэктомию, а затем – ишемический инсульт с левосторонним гемипарезом. В этой связи, ей ни желчеотводя-