

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-

щая, ни радикальная операция в ООД не были назначены из-за боязни хирургов «спаечного процесса в области холедоха» и возможных кардиоваскулярных осложнений. 22.01.2008 г. она была выписана домой на «симптоматическое» лечение. С целью устранения механической желтухи нами с помощью фиброгастроскопа проведено девять процедур введения в злокачественную опухоль 95% этанола тонкой иглой для пункций и цитостатиков в околоопухолевую ткань в адекватной дозировке с интервалом раз в 2–4 недели. После первой процедуры при ФГДС выявлена частичная резорбция опухоли большого дуоденального соска и поступление жёлчи в просвет двенадцатиперстной кишки. В дальнейшем видимая при ФГДС опухоль резорбировалась полностью, пассаж жёлчи восстановился. Отмечено снижение сывороточного билирубина до нормы и исчезновение желтушной окраски кожи и слизистых. Больная в хорошем настроении и удовлетворительном общем состоянии уехала к мужу в деревню. Однако, в сентябре 2008 г. отмечено ухудшение общего состояния, появились признаки желудочного кровотечения. Больная не была госпитализирована и вскоре умерла дома от «раковой интоксикации» (так в справке, выданной участковым врачом).

3. Больная М. 82 г. – с диагнозом: «плоскоклеточный рак кардиального отдела пищевода Т3N0M0, дисфагия 4 степени» и выраженной сопутствующей сердечно-лёгочной патологией 07.03. 2008 г. выписана с гастростомой из ООД на симптоматическое лечение. С 19.03.2008 г. с целью уменьшения дисфагии мы выполнили 7 аналогичных процедур внутриопухолевого введения этанола и цитостатиков в адекватных дозах с помощью фиброгастроэндоскопа через пищевод и гастростому с интервалом 2–4 недели. При контрольной ФГДС в сентябре 2008 г. отмечены химический некролиз 30% опухолевой ткани, реканализация пищевода и уменьшение дисфагии до 2 степени. Больная стала принимать кашицеобразную пищу через рот. От дальнейшего лечения пациентка отказалась, сославшись на возраст и трудность поездки на амбулаторные процедуры. Через 4 месяца она умерла от сердечной недостаточности.

Вывод. Монопольное положение ООД в регионе и ограниченная доступность высокотехнологической онкологической помощи крупных клиник для малоимущих граждан периферии не способствуют творческому подходу к организации паллиативного лечения «неоперабельного» рака в этих лечебных учреждениях. Приведённые клинические примеры успешного паллиативного лечения даже в мало финансируемых условиях муниципальной поликлиники (на нашем энтузиазме) указывают на наличие резервных возможностей продления и улучшения качества жизни «отказным» онкологическим

больным, которые не реализуются сегодня онкологической службой в полной мере.

Научный проект № 10-06-00621a поддержан грантом РГНФ.

ОБЛУЧЕНИЕ КАК СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ОТ ДЕПРЕССИИ

Тестов Б.В., Баранова Л.Н.

*Пермский государственный университет, Пермь,
e-mail: testov@psu.ru*

Депрессивное состояние бывает у всех людей, независимо от возраста, пола и расовой принадлежности. Оно, как правило, быстро проходит, как только человек займется играми, спортом или просто интересным делом, которые требуют расхода энергии. Поэтому депрессию часто называют «психическим насморком» [1]. Ежегодно от депрессии страдают 15 миллионов американцев. Около половины заболевших людей не знают, что у них депрессия, поскольку депрессивное состояние характеризуется разной глубиной. Заболеваемость депрессией у людей, родившихся после второй мировой войны, значительно выше. Медики считают, что большинство форм депрессии излечимы. Легкие формы депрессии в психотерапии известны как адаптационные расстройства, и они легко излечиваются. Однако клиническая депрессия выводит людей из строя на месяцы и даже годы.

Депрессия – это синдром или совокупность определенных симптомов, для которых по данным Американской психиатрической ассоциации характерны следующие критерии:

1. Подавленное состояние духа и раздражительность.
2. Апатия, общая неудовлетворенность, почти ежедневная пониженная активность.
3. Значительная потеря или прибавление веса без перехода на новую диету.
4. Хроническая бессонница или патологическая сонливость.
5. Психомоторное возбуждение или торможение.
6. Почти хроническая усталость и потеря энергии.
7. Ощущаемое состояние никчемности, неуместное чувство вины.
8. Пониженная способность к мышлению, невозможность сосредоточиться.
9. Навязчивые мысли о смерти, о самоубийстве [1].

В настоящее время людей в депрессивном состоянии лечат при помощи медицинских препаратов. Однако, по нашему мнению, возникновение депрессии связано с запасом энергии в человеческом организме.

Известно, что биоэнергетика животного организма определяется интенсивностью метаболических процессов. При этом в клетках организма происходит окисление органических