ЗАБОТА О БОЛЬНОМ И ПРОБЛЕМА УХОДА ПРИ СПАСТИЧНОСТИ

Королев А.А.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, e-mail: koroland.dok@mail.ru

Острые нарушения мозгового кровообращения остаются важнейшей медико-социальной проблемой во всех экономически развитых странах мира, не смотря на значительные успехи фундаментальных и прикладных исследований в области цереброваскулярной патологии. Более того, в связи с беспрецедентным увеличением числа пожилых людей в общей популяции населения планеты, инсульт выдвигается на одно из первых мест среди основных причин смерти. Постинсультная инвалидизация занимает первое место из всех возможных причин утраты нетрудоспособности, к прежней работе возвращаются лишь около 20 % лиц перенесших инсульт, притом, что одна треть больных – люди социально активного возраста.

Среди факторов, обусловливающих инвалидизацию постинсультных больных, наибольшее значение имеют двигательные нарушения, основным клиническим проявлением которых является центральный спастический парез. Спастичность выявляется при исследовании пассивных движений в конечности как повышенное сопротивление мышц в ответ на ее быстрое растяжение. Для спастичности характерно на начальном этапе исследования более сильное сопротивление, которое значительно ослабевает при продолжении движения

Спастичность – одна из необычных ситуаций, которая требует лечения инвалидизированного пациента ради заботы о нем. Подобные больные с трудом передвигаются, уход за ними чрезвычайно сложен. Перемещение в пределах квартиры и расположение в инвалидном кресле нередко очень затруднены. Спастичность в приводящих мышцах бедер сильно затрудняет уход за катером и промежностью, спастическая дистония или контрактура сгибателей пальцев осложняют обработку ладони. Изложенное позволяет сделать вывод, что лечение мышечной гипертонии снижает тяжесть ухода за подобными больными, однако эффективность терапии дома или в условиях стационара может быть разной.

Итак, в настоящее время мы лучше представляем механизмы спастического пареза с поражениями ЦНС. Однако до сих пор нет понимания в отношении роли спастичности в утрате функциональных возможностей пациента. Это важный для клинициста вопрос, поскольку нет объективного критерия грани между «пользой» и «вредом» от мышечной гипертонии у больного со спастическим парезом. В то же время известно, что спастичность ограничивает возможность быстрого движения, поскольку реализующий в этой ситуации рефлекс на растяжение зависит от скорости моторного акта. Кроме того, чрезмерная активация механизмов, формирующий этот феномен, может препятствовать удлинению мышцы-антагониста во время укорочения мышцы-агониста. В литературе также накапливаются данные в пользу того, что недостаточное восстановление активности мотонейронов мышц-агонистов не способствует увеличению активности мышц-антагонистов. По мнению исследователей, этот фактор может быть одной из первоначальных причин, вызывающей расстройства двигательного контроля, сопровождающие поражение ЦНС. Однако вместе с недостаточным восстановлением активности мотонейронов и другие механизмы, такие как нарушения коактивации агонистов и антагонистов, диссинергия, наряду с мышечной гипертонией, также могут обуславливать изменения моторного контроля в процессе реализации движения. Исследования подобной направленности имеют важное значение для клинической неврологии. Это обусловлено тем, что утрата функциональной независимости пациента со спастическим парезом часто является суммарным итогом многих факторов, которые ограничивают возможности восстановления движения.

РОСТ ПЕЧЕНИ И ВТОРИЧНЫЕ СРАЩЕНИЯ БРЮШИНЫ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Печень играет важную роль в органогенезе человека:

1) как орган эмбрионального кроветворения достигает громадных размеров и «выдавливает» часть кишечной трубки в полость пупочного стебелька, направляет поворот пупочной кишечной петли против часовой стрелки;

2) относительное уменьшение печени способствует вправлению физиологической пупочной грыжи в брюшную полость, что сопровождается увеличением давления на ее стенки и брыжейки, началом вторичных сращений брюшины (Петренко В.М., 1987, 2002).

У крысы печень отличается большими относительными размерами, особенно ретропортальных отделов, и они медленнее уменьшаются. Поэтому пупочная грыжа вправляется позднее и медленнее у плодов крысы, вторичные сращения брюшины ограничены, что сочетается с ограниченной по числу и площади размещения закладкой лимфоузлов брюшной полости (Петренко В.М., 1999, 2003). Хвостатая доля печени крысы образует 3 лопасти (к малой кривизне желудка и левой почке), вентрокаудальное разрастание ее сосочкового отростка приводит к «удвоению» печени в дорсальных