

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, обуславливающих 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 воз-

можность 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) относительно 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

отделах. Они оттесняют желудок с селезенкой, двенадцатиперстную кишку и поджелудочную железу (ПЖ) от задней брюшной стенки. Поэтому возникают следующие особенности органогенеза крысы:

1) пищевод заканчивается посередине малой кривизны желудка;

2) у плодов органы (почти) сохраняют эмбриональную форму, в т.ч. двенадцатиперстная кишка – С-образную (не дифференцируется восходящая часть), а ободочная кишка – углообразную;

3) дорсальнее ПЖ крысы сохраняется длинный и толстый корень дорсальной брыжейки, общий для желудка, тонкой и толстой кишок, корень отдает к ним ветви до вправления физиологической пупочной грыжи в брюшную полость, в процессе роста ПЖ в дорсальной брыжейке («вытяжение») отдельных брыжеек органов);

4) поворот кишечной трубки «проскакивает» II этап, чаще останавливается на III этапе, когда у человека важную роль играют вторичные сращения брюшины, и приобретает необычное для человека течение (инверсионный морфогенез тонкой и толстой кишок);

5) вторичные сращения брюшины резко ограничены, а дорсальнее ПЖ отсутствуют.

Таким образом, пролонгация интенсивного роста печени, более крупной у крысы, и смещение его акцента с вентрокаудального (у человека) направления на дорсокаудальное приводит к образованию новых частей печени и к редукции поворота кишки и вторичных сращений брюшины.

ПОДВЗДОШНО-ОБОДОЧНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ У ЧЕЛОВЕКА И КРЫСЫ

Петренко В.М.

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

Переход тонкой кишки в толстую имеет сложную конструкцию. Она включает клапан и лимфоидную ткань – защитный комплекс на пути обратного заброса содержимого толстой кишки в тонкую. В состав защитного комплекса илеоцекальной области входят лимфоузлы (ЛУ). Главная их группа – подвздошно-ободочные ЛУ (10–20 ПОЛУ). ПОЛУ принимают лимфу из более периферических ЛУ, расположенных около каждой из 5 конечных ветвей одноименной артерии (ПОА), идущих к конечному отрезку подвздошной кишки, начальному отрезку восходящей ободочной кишки, слепой кишке (передние и задние ЛУ) и ее червеобразному отростку (его непостоянные 1–8 ЛУ). ПОЛУ образуют цепь вдоль ПОА до центральной группы верхних брыжеечных ЛУ (Rouviere H., 1932). J.D. Jamieson a. J.F. Dobson (1907) называли ПОЛУ илеоцекальными ЛУ и разделяли их на верхние и нижние. И.С. Бурди (1954) и М.С. Спиров (1959) также

называли ПОЛУ илеоцекальными ЛУ (11–40, в среднем 24). М.О. Финкельштейн (1948) предложил выделять их среднюю группу. Нижняя группа находится у места разделения ПОА на конечные ветви, верхняя группа – у места отхождения ПОА от верхней брыжеечной артерии. В некоторых случаях ПОЛУ представлены не сплошной цепью, а отдельными ЛУ, связанными между собой более длинными, чем обычно, лимфатическими сосудами. Средние ПОЛУ нередко отсутствуют, при этом верхние и нижние ПОЛУ соединяются длинными лимфатическими сосудами, идущими по стволу ПОА. Иногда отсутствуют верхние ПОЛУ: они сливаются с верхними брыжеечными ЛУ центральной группы. Именно такой вариант организации брыжеечных ЛУ я обнаружил у белой крысы в рассматриваемой области – очаговое размещение и гораздо меньшее число (5–7):

1) илеоцекальный ЛУ (всегда один, крупный, лежит поверх устья подвздошной кишки, около илеальной ветви ПОА) и ПОЛУ (3–4, около конца ПОА и ее ободочной ветви к началу восходящей ободочной кишки) ~ нижние ПОЛУ человека;

2) терминальные центральные брыжеечные ЛУ (1–2) ~ «скрытые» верхние ПОЛУ у человека.

С моей точки зрения, ПОЛУ человека характеризуются 2 крайними формами организации – равномерно плотной или сливной (сплошная цепь) и неравномерно рассыпной или очаговой (удаленные фрагменты прерывистой цепи). Уменьшение числа ПОЛУ сопровождается образованием и удлинением «разрывов» в их цепи вплоть до рекапитуляции эволюционно (крыса) более ранней формы.

АУТОАГРЕССИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Пруткина Е.В., Сепп А.В.

*ГБОУ ВПО «Читинская государственная
медицинская академия», Чита,
e-mail: lenap75@mail.ru*

Особенностью эпидемии гриппа А/Н1N1, прошедшей в 2009–2010 гг., был большой удельный вес поражения нижних дыхательных путей. Отличительной чертой вирусной пневмонии при пандемическом гриппе стало частое развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), в том числе у молодых пациентов без сопутствующей патологии. Известно, что основным звеном патогенеза ОРДС является выраженная адгезия нейтрофилов к эндотелию сосудов малого круга, их аккумуляция в капиллярах и ткани легких, в результате чего повреждается альвеолярно-капиллярная мембрана. В то же время отмечено, что ОРДС развивался и у паци-