

*«Инновационные медицинские технологии»,
Россия (Москва), 27-29 февраля 2012 г.*

Биологические науки

**ВИДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ
И ТОПОГРАФИИ КРАНИАЛЬНОГО
БРЫЖЕЕЧНОГО СЕГМЕНТА
ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ
У БЕЛОЙ КРЫСЫ**

Петренко В.М.

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

Лимфатическую систему как часть сердечно-сосудистой системы я разделяю на генеральные, периартериальные сегменты, периферические из них входят в состав нервно-сосудистых фрагментов (НСФ): НСФ – это органы, которые кровоснабжаются одной ветвью аорты и имеют общие по происхождению участки нервной, венозной и лимфатической систем (Огнев Б.В., 1936). Краниальный брыжеечный НСФ крысы отличается по строению и топографии от верхнего брыжеечного НСФ человека:

1) углообразная ободочная кишка (ОбК) с почти сагиттальным положением, за исключением ее локальных деформаций; средний, сагиттальный отдел восходящей ОбК чаще всего разделяет петли тощей (справа) и подвздошной (слева) кишок;

1а) фронтальная петля ОбК у человека окружает петли тонкой кишки;

2) общий корень брыжеек тонкой и толстой кишок сохраняет подвижность у крысы;

2а) у человека он разделяется на корни брыжеек тонкой и толстой кишок, они в разной степени срастаются с задней брюшной стенкой;

3) главный нервно-сосудистый пучок НСФ у человека образует гораздо более крупные ободочные ветви, все ветви пучка покрывают гораздо большую территорию на задней брюшной стенке, чем у крысы.

Соответственно ее краниальные брыжеечные лимфоузлы (ЛУ) размещаются в виде неравномерной цепи вдоль ствола одноименной артерии (центральные ЛУ, как у человека) и подвздошно-ободочной артерии (периферические ЛУ), от аорты, вдоль среднего отрезка восходящей ОбК и до илеоцекального угла. У человека различают еще средние и периферические ЛУ около тонкокишечных и ободочных ветвей верхней брыжеечной артерии. Число верхних брыжеечных ЛУ у человека составляет 66-404, в т.ч. центральных – 5-36 (Сапин М.Р., Борзяк Э.И., 1982), число гомологов у крысы – 13-16/9-11, т.е. основное различие по числу определяют периферические ЛУ. Правые и левые ободочные и юкстакишечные ЛУ человека не имеют гомологов у крысы. Ее средние центральные краниальные брыжеечные ЛУ (или

околоободочные – около среднего отрезка восходящей ОбК) подобны по топографии правым околоободочным ЛУ человека, а межкишечные/панкреатодуоденальные ЛУ (из группы проксимальных центральных) – средним ободочным и околоободочным ЛУ человека.

**ВИДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ
И ТОПОГРАФИИ ЧРЕВНОГО СЕГМЕНТА
ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ
У ЧЕЛОВЕКА И БЕЛОЙ КРЫСЫ**

Петренко В.М.

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

Лимфатическую систему как часть сердечно-сосудистой системы я разделяю на генеральные, периартериальные сегменты. Они входят в состав нервно-сосудистых фрагментов (НСФ) Б.В. Огнева (1936): НСФ – это органы, которые кровоснабжаются одной ветвью брюшной аорты и имеют общие по происхождению участки нервной, венозной и лимфатической систем. Чревный НСФ крысы отличается по строению и топографии от чревного НСФ человека:

1) более крупная печень занимает примерно краниальную 1/2 брюшной полости (у человека – 1/3), многолопастная, «двойная» – каудовентральное разрастание дорсальных отделов в области хвостатой доли и желудка;

2) такая печень крысы «отодвигает» брюшной конец пищевода на середину малой кривизны желудка, их и двенадцатиперстную кишку с поджелудочной железой – от дорсальной брюшной стенки. Поэтому сохраняется толстый и подвижный общий корень брыжеек этих органов (корень дорсальной брыжейки у эмбриона);

2а) у человека брыжейка двенадцатиперстной кишки с головкой и телом поджелудочной железы в разной степени срастаются с задней брюшной стенкой;

3) чревная артерия у крысы разделяется на 2 ветви: правая – печеночная, левая – желудочно-селезеночная (у человека – это чаще всего отдельные ветви чревного ствола).

У крысы обнаружено гораздо меньше лимфоузлов (ЛУ) в бассейне чревной артерии, отсутствуют многие наиболее периферические, околоорганые ЛУ, главным образом желудка – желудочные, желудочно-сальниковые, пилорические, а также панкреатодуоденальные. У крысы сохраняются ЛУ, связанные с чревной артерией и ее ветвями I порядка:

1) один чревный или желудочно-селезеночный, у человека – 1-5 чревных ЛУ (Сапин М.Р., Борзяк Э.И., 1982);

2) два печеночных ЛУ (редко – 1) по ходу печеночной артерии, около воротной вены, у человека – 1-10 таких ЛУ, в 73,5 % случаев – 3-7 (Усович А.К., 1981), в т.ч. периферические – желчного пузыря;

3) два панкреатических ЛУ, у человека – 1-4 ЛУ около верхнего края поджелудочной

железы, начального и среднего отрезков селезеночной артерии (Цой О.Г., 1980).

Кроме того, я обнаружил 2 селезеночных ЛУ около хвоста поджелудочной железы и ворот селезенки, у человека там же находят 1-5 ЛУ (Цой О.Г., 1980).

Медицинские науки

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА КЕРДО У БОЛЬНЫХ ГЛОССАЛГИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Борисова Э.Г., Кумиров А.И.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж,
e-mail: pobedaest@mail.ru

В последнее десятилетие значительно возрастает число лиц, страдающих глоссалгией [2, 3]. По данным литературы и многолетним собственным наблюдениям у всех пациентов, страдающих глоссалгией, наблюдается неблагоприятное нервно-психическое состояние. Для глоссалгии наиболее характерна депрессия с нарушением сна, выраженной нейровегетативной реактивностью и соматической реакцией на стресс. Изменения психики у больных с глоссалгией имеют широкий диапазон и колеблются от незначительных расстройств до выраженных психических нарушений, что необходимо учитывать при проведении терапии [1, 2, 3]. Вегетативный индекс Кердо широко применяется для отслеживания клинического течения всех заболеваний, в которых вегетативный тонус или вегетативные нарушения играют решающую роль. Этот метод исследования позволяет регистрировать относительно малые изменения вегетативной активности с помощью простого, быстро применяемого средства, не оказывая при этом какого-либо влияния на саму деятельность организма.

Целью нашего исследования было изучение психоэмоционального состояния и определение типа вегетативной нервной системы (ВНС) у пациентов с глоссалгией до лечения и после проведенного комплексного лечения.

Материал и методы. Обследовано 107 пациентов, из них 94 (87,9%) женщин и 13 (12,1%) мужчин. По возрасту все пациенты разделены на 2 категории: 1 группа – работающие в возрасте 45-55 лет – 54 (50,5%) чел. (3 мужчин, 51 женщин), 2 группа – пожилого возраста от 55 лет и более – 53 (49,5%) чел. (10 мужчин, 43 женщины).

Всем пациентам трижды проводили измерения артериального (систолического и диастолического) давления и подсчитывали пульс:

1 – во время первичного обследования;

2 – в середине курса;

3 – после проведенного полного курса лечения.

Для определения типа вегетативной нервной системы за данными измерений вычисляли индекс Кердо по формуле:

$$I = AD - d/P,$$

где AD – показатель систолического давления; d – показатель диастолического давления; P – показатель частоты пульса.

Положительное число указывает на преобладание симпатического тонуса, а отрицательное – парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у женщин увеличение систолического и диастолического давления отмечалось на первом этапе измерения как в первой, так и во второй группах. Индекс Кердо выше единицы отмечался у женщин и мужчин в первой и второй группах (99 чел.) и до лечения составлял $1,1 \pm 0,04$ (92,5%), во второй группе пациентов лишь у 7,5% больных (5 чел.) индекс до лечения был пределах (-0,8), причем это были мужчины. Наше исследование еще раз подтверждает мнение зарубежных и отечественных авторов о том, что при глоссалгии у большинства больных превалирует симпатический тонус над парасимпатическим, и глоссалгия – «типичная симпаталгия».

Всем больным был проведен десятидневный курс лечения, в который помимо местной, лазеротерапии, были включены препараты, нормализующие тонус вегетативной нервной системы: феназепам по 0,001 два раза в день, седативная микстура (пустырник, валериана, натрия бромид) по 1 столовой ложке 3 раза в день, эглонил по 0,05 2 раза в день.

Необходимо отметить, что в середине курса лечения было отмечено снижение индекса Кердо у 37 больных (34,6%), из них у 15 человек в первой группе и у 12 человек – во второй, и в среднем составил $0,8 \pm 0,72$. После проведенного курса лечения индекс Кердо у больных первой группы составил $0,1 \pm 0,04$, у больных второй группы – $0,1 \pm 0,25$, т.е. приближался к показателю 0, что соответствует показателю здоровых людей.

Выводы: выявленная динамика колебаний индекса Кердо у пациентов с глоссалгией указывает на превалирование тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и необходимость включения препаратов, нормализующих ее тонус в курсовое лечение.