

достигается при следующей установке конечности: плечевой сустав – отведение 45° , сгибание плеча 40° , ротация плеча внутрь 40° ; локтевой сустав – сгибание 80° , среднее положение между пронацией и супинацией (ладонь обращена к грудной клетке); кистевой сустав – разгибание 10° , ульнарное отведение 15° ; пальцы кисти – слегка согнутое положение их во всех суставах и не большом отведении большого пальца; тазобедренный сустав – сгибание 40° ; коленный сустав – сгибание 40° ; голеностопный сустав – подошвенное сгибание стопы 10° .

Иммобилизацией сегмента в физиологическом положении достигается значительное уменьшение гипертонии мышечных групп и понижение внутрисуставного давления, уменьшение болей, если таковые имеются. Купирование болевого синдрома очень важно с точки зрения профилактики, поскольку боль способствует возникновению защитных болевых контрактур. Для ликвидации болей назначаются анальгетики, физиотерапия (электрофорез анальгетиков, ультразвук).

К методам профилактики контрактур относятся и раннее назначение пассивных и активных упражнений лечебной гимнастики. Сокращение мышц и движения в суставах усиливают питание тканей и обмен веществ, ускоряют рассасывание патологических продуктов, препятствуя тем самым возникновению контрактур. При этом, однако, следует избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих боль и рефлекторный мышечный спазм.

Лечение контрактур требует много времени и труда, строгой индивидуализации лечения и, несмотря на это, не всегда даёт удовлетворительные результаты. Реабилитацию больных с контрактурами начинают, как правило, с консервативных мероприятий. Их характер во многом зависит от основного заболевания, локализации и вида контрактур. Однако существуют общие принципы лечения, к которым относятся постепенное растяжение контрагированных тканей, проводимое после предварительного расслабления мышц, укрепление растянутых вследствие контрактуры мышц и обеспечение безболезненности воздействий.

ФОРМИРОВАНИЕ КОНТРАКТУР ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПЕРЕЗАХ

Королев А.А.

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

Под термином контрактура понимают ограничение амплитуды пассивных движений в суставе при произвольном характере этого ограничения. Естественно, что каждое ограничение пассивной подвижности в суставе сопро-

вождается ограничением и активных движений в нем. Полное отсутствие как пассивных, так и активных движений в суставе вследствие костного сращения суставных концов костей называют анкилозом.

Контрактуры могут быть врожденными и приобретенными. Приобретенные контрактуры – это ограничение движений, возникающее в результате местных травматических, воспалительных, реактивных и дистрофических патологических изменений в суставе или в окружающих сустав тканях, таких как кожа, подкожная клетчатка, фасции, связки, сухожилия, сосуды и нервы. Контрактура в любом из суставов конечности может вызывать тяжелые функциональные расстройства. Так, при контрактурах в суставах нижней конечности пациенты не могут свободно передвигаться, развивается деформация позвоночника и плоскостопие на здоровой ноге. Выраженные контрактуры в суставах кисти делают ее полностью афункциональной, ограничивая возможности самообслуживания и трудовой деятельности.

В соответствии с положением, в котором находится конечность в результате ограничения движения, различают сгибательные (ограничение сгибания), разгибательные (ограничение разгибания), приводящие или отводящие (ограничение приведения или отведения) и ротационные (ограничение ротации) контрактуры. Как правило, наиболее часто встречаются комбинированные контрактуры. Контрактура в плечевом и тазобедренном суставах чаще наблюдается в положении сгибания и приведения. В локтевом суставе, суставах пальцев обычно встречаются сгибательно-разгибательные контрактуры. При поражениях кистевого сустава нарушаются как сгибание и разгибание, так и пронационно-супинационные движения.

При постинсультных центральных парезах в основном формируются тендогенные и миогенные контрактуры. Данные контрактуры являются следствием развития рубцового процесса вокруг сухожилий и в мышечной ткани за счет нарушения скоординированной работы мышц-агонистов и антагонистов с преобладанием функции сохранных мышц и стойкого спастического мышечного сокращения, либо в результате длительной фиксации сустава в порочном положении. При спастических гемиплегиях у больных перенесших мозговую инсульт различают ранние и поздние контрактуры. Ранняя гемиплегическая контрактура развивается в острый период мозгового инсульта при массивном поражении головного мозга и характеризуется приступами особо сильного тонического спазма. В благоприятно протекающих случаях защитные рефлексы начинают в дальнейшем регрессировать, с чем и связано исчезновение симптомов ранней контрактуры.

Поздняя гемиплегическая контрактура проявляется в сроки от 3 недель до нескольких месяцев после инсульта. Ее проявления сводятся обычно к сгибанию предплечья, пронации и сгибанию кисти, сгибанию пальцев и к разгибанию бедра и голени – поза Вернике-Манна. Помимо наиболее частой позы, в которой фиксируются конечности при поздней гемиплегической контрактуре, имеется ряд отдельных ее вариантов. Таковы контрактуры с преобладанием чрезмерной пронации или супинации кисти или с ротацией стопы внутрь или наружу, а также со сгибательной установкой на стороне паралича не только руки, но и ноги. Эти сгибательные позы при поздней гемиплегической контрактуре связаны с имеющимися одновременно болевыми ощущениями.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕНЕРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Петренко В.М.

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

Сегменты лимфатической системы (ЛСи) можно разделить на генеральные (общие для лимфатического русла/ЛР и кровеносного русла) и специальные, собственные для ЛР или локальные (межклапанные сегменты ЛР). Генеральные сегменты ЛСи входят в состав дефинитивных корпоральных сегментов (производных от сомитов эмбриона), в т.ч. нервно-сосудистых фрагментов брюшной полости: согласно Б.В. Огневу (1936), фрагмент – это органы, которые получают кровоснабжение от одной ветви брюшной аорты и имеют общие по происхождению участки ЛСи, нервной и венозной систем. Рациональное зерно в гипотезе Б.В. Огнева состоит в «привязке» ЛР к артерии, наряду с венами, нервами и органами кровоснабжаемой артерией области. И это характерно для ЛР не только брюшной полости, но и всех регионов тела человека и млекопитающих животных. Главные лимфатические пути сопровождают кровеносные пути, в первую очередь – артерии (сателлитное ЛР). Аберрации ЛР нарастают в дистальном направлении и достигают максимума в микроциркуляторном русле. Главный лимфатический коллектор, грудной проток и его корни, поясничные стволы, размещаются так или иначе вдоль нисходящей аорты. Поэтому я предлагаю разделять все генеральные сегменты ЛСи на 2 группы – центральные, парааортальные, и периферические, субаортальные (вдоль ветвей аорты). Грудной проток поднимается над дугой аорты и идет в область шеи около левой общей сонной артерии, производной вентральной аорты эмбриона 6-й нед. (IV пара аортальных дуг). Топографо-генетическая ситуация (около плечевого ствола) для правого лимфатического протока сходная. Поясничные лимфатические

пути, в т.ч. цепи поясничных лимфоузлов, вытягиваются вдоль брюшной аорты:

1) рядом с аортой – латероаортальный, ретроаортальный и преаортальный пути → левый поясничный ствол; интераортокавальный путь → правый поясничный ствол;

2) на некотором удалении от аорты – ретрокавальный, прекавальный и латерокавальный пути → правый поясничный ствол.

Пути встречаются с разной частотой, имеют разное строение у людей, но центральный поясничный сегмент ЛСи всегда ориентирован на аорту. Это относится и к центральному грудному сегменту ЛСи: грудной проток часто имеет коллатерали разного диаметра, разной протяженности и разного строения (в т.ч. включение «островков» и лимфоузлов) вплоть до удвоения, неполного (левый полугрудной проток) и очень редко у человека полного.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ

Пискалков А.В., Федоров Д.А., Новиков Б.М.

Омская государственная медицинская академия, Омск;

БУЗОО «Областная детская клиническая больница», Омск, e-mail: Fedorov72@rambler.ru

Некротизирующий энтероколит (НЭК) – одно из основных заболеваний органов брюшной полости у новорожденных, требующее интенсивной терапии и, зачастую, хирургического вмешательства. Летальность при данном патологическом состоянии, особенно у недоношенных детей, остается высокой и может достигать 20%, а при хирургической стадии и все 80%.

За последние 11 лет (2000-2010 гг.) в центре хирургии новорожденных находилось на лечении 194 новорожденных с НЭК. Из всех детей консервативно было пролечено 72 ребенка (37%), а оперативно – 122 пациента (63%). Учитывая увеличение внутрибрюшного давления (ВБД) при НЭК и возможное развитие абдоминального компартмент синдрома (АКС), считаем, есть необходимость оценить клиническое значение внутрибрюшного давления при данной патологии, тем более, что работ по исследованию данного состояния у новорожденных очень мало.

Измерение ВБД у новорожденных с некротизирующим энтероколитом (НЭК) осуществляется с 2007 года. Мониторинг давления проведен у 46 новорожденных. Из них 15 со II стадией, 31 с III и IV ст. НЭК. Оценку ВБД у новорожденных проводили путем измерения давления в мочевом пузыре, в желудке, а детям с III и IV стадией НЭК, которым проводился лапароцентез, мы дополнительно использова-