

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

Пискалов 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-

ли прямой метод измерения внутрибрюшного давления.

Патологическим считали ВБД, превышающее 12 мм рт. ст. Во всех случаях величины внутрибрюшинного давления превышали нормативный показатель от 15 мм рт. ст. У детей со II стадией НЭК внутрибрюшное давление составляло не более $20,1 \pm 1,9$ мм рт. ст. в первые сутки, затем стабильно снижалось.

У четверых детей с диагнозом НЭК III стадии в первые сутки после поступления ВБД составляло в среднем $22,3 \pm 5,1$ мм рт. ст., на 2-е сутки на фоне проводимого лечения оно стабильно снижалось. Состояние детей улучшалось, уменьшались симптомы интоксикации, купировались признаки перитонита, восстанавливалась моторика кишечника.

Все оставшиеся 27 пациентов с НЭК были оперированы. У 4-х больных имелась III стадия заболевания, у остальных 23-х – НЭК с перфорацией полого органа. У всех проводился лапароцентез и прямое измерение ВБД. При этом «стартовое» давление всегда превышало показатель 40 мм рт. ст. Из всех оперированных детей 11 умерло. У них ВБД не опускалось ниже 30 мм рт. ст. У оставшихся пациентов величина ВБД после операции стабильно снижалась.

В настоящее время проводится совершенствование алгоритма оказания помощи детям с НЭК, с определением показателей ВБД. Так, с 2010 года всем детям со II ст. НЭК и выше, проводится продленная каудальная анестезия, при которой время купирования симптомов НЭК, в том числе и проявлений внутрибрюшной гипертензии значительно уменьшается.

Длительное сохранение внутрибрюшной гипертензии у новорожденных с некротизирующим энтероколитом способствует развитию и прогрессированию полиорганной недостаточности. А так как имеется четкая зависимость величины ВБД от состояния патологического процесса в брюшной полости, своевременная диагностика и правильное определение стадии заболевания будут являться залогом успешной терапии при таких состояниях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ПРОПОСОЛ-Н» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Питерская Н.В., Чижикова Т.С., Адамович Е.И.,
Соломатина Е.С., Толмачева М.С.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград,
e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru;
Клиника ВолгГМУ*

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит представляет серьезную проблему современной стоматологии ввиду по-

стоянного роста заболеваемости. Высокий уровень распространенности данного заболевания среди всех групп населения, особенно у лиц молодого возраста, диктует поиск методов и средств лечения, так как наличие эрозивно-язвенных элементов на слизистой оболочке полости рта сопровождается выраженным болевым синдромом, нарушает полноценное питание, профессиональную и социальную деятельность и, в конечном итоге, резко снижает качество жизни пациентов.

Целью исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом путем включения в него препарата «Пропосол-Н» для местной медикаментозной терапии.

Под наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 17 до 30 лет с длительностью заболевания от одного года до трех лет. Основную группу составили 14 человек и контрольную – 11 пациентов. Заболевание протекало при сравнительно удовлетворительном общем состоянии. В обеих группах явления катарального гингивита встречались у 21% лиц. Легкая форма заболевания наблюдалась нами у 72% пациентов и характеризовалась появлением единичных афт раз в несколько лет. Среднетяжелая форма диагностирована у 28% больных, при которой афты рецидивировали с периодичностью несколько раз в год. Афты характеризовались наличием эрозивной поверхности, окруженной гиперемизованным венчиком с различной степенью болезненности и эпителизации.

В результате проведенного лечения была получена положительная динамика в обеих группах, но лучшие результаты наблюдались в основной группе. У больных с легкой степенью заболевания уже на вторые сутки после начала лечения значительно уменьшалась болезненность афт, улучшался аппетит. Эпителизация афт начиналась на второй-третий день. При среднетяжелом течении рецидивирующего афтозного стоматита эпителизация афт наступала после трех-четырёх дней лечения. Положительная динамика в эпителизации афтозных повреждений при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите позволила нам почти вдвое сократить сроки лечения пациентов основной группы.

Применение препарата «Пропосол-Н» в комплексном лечении хронического афтозного рецидивирующего стоматита значительно ускоряет эпителизацию афт, уменьшает гиперемию и отек слизистой оболочки полости рта, снижает болевые ощущения и позволяет сократить сроки лечения по сравнению с общепринятой методикой. Результаты наблюдений позволяют рекомендовать спрей «Пропосол-Н», как один из компонентов комплекса местной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита.