

что определяет необходимость включения ее в комплексную терапию больных с дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата и артериальной гипертонией.

Список литературы

1. Гильмутдинова Л.Т., Сахабутдинова, А.Р., Назарова Э.М., Семенова С.М. Физические методы реабилитации больных гипертонической болезнью: учебное пособие. – Уфа: Изд-во БГМУ, 2009. – 28 с.

2. Ишутин И.С. Общая магнитотерапия в комплексном лечении остеохондроза позвоночника с корешковым синдромом / И.С. Ишутин, Т.К. Кротова // Материалы VII междунар. форума. – Хаммамет, 2002. – С. 197–198.

3. Крахмелец Т.В. Немедикаментозная терапия и вторичная профилактика артериальной гипертонии / Т.В. Крахмелец, Т.В. Кулишова, Г.Г. Ефремушкин // Теория и практика медико-социальной реабилитации: материалы науч.-практ. конф. – мСочи, 2004. – С. 65.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ЛЁГКИХ

Наров Ю.Э., Любарский М.С., Зедлиц А.А.

Новосибирский областной онкологический диспансер, Новосибирск, e-mail: willis@ngs.ru

В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований наибольший удельный вес составляют опухоли трахеи, бронхов, лёгких (17,9%). Новосибирская область относится к регионам с устойчиво высокими показателями заболеваемости раком лёгких – 331,5 на 100 000 населения. Хирургическое лечение является единственным методом лечения при ранних стадиях заболевания. Показатели послеоперационных осложнений и летальности остаются на высоком уровне. С целью улучшения результатов лечения был разработан протокол ведения пред- и послеоперационного периодов у пациентов, оперированных по поводу рака лёгких, включающий в себя метод пролонгированной лимфотропной антибактериальной терапии. Для лимфотропного введения раствора антибиотика мы применяли субкисфоидальный доступ.

Проведённый анализ 34-х историй болезни пациентов, пролеченных по предложенному протоколу показал, что выбор субкисфоидального способа введения антибиотика при проведении пролонгированной лимфотропной антибактериальной терапии позволяет достичь лучших результатов лечения за счёт более выраженного положительного влияния на течение воспалительного процесса и эндотоксикоза в сравнении с стандартной схемой ведения больных, оперированных по поводу рака лёгких.

При использовании субкисфоидального способа введения достигается сокращение количества послеоперационных осложнений в сравнении с другими протоколами ведения пред- и послеоперационного периодов, отсутствует летальность.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА КОНСТИТУЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

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

Конституция (или общее устройство) лимфатической системы предположительно должна соответствовать общей конституции человека. Поэтому я предложил адекватно 3 основным ее типам выделить 3 виртуальных типа конституции лимфатической системы. Модели ее крайних морфотипов (магистральный лептотип и дисперсный эвритип), адекватных долихоморфному и брахиморфному соматотипам человека, я составил на основе анализа литературных и собственных данных о строении и топографии грудного протока и его корней у человека. В идеале для определения типа конституции лимфатической системы необходимо изучить ее строение и функции во всем теле человека, во всех его областях и органах. Однако практически это требование трудно выполнить. Между тем известно, что интраорганное и околоорганное лимфатическое русло имеют сетевидную/сплетениевидную конструкцию (дисперсный эвритип). А вот грудной проток и его корни могут иметь чисто магистральное строение (простое слияние поясничных стволов, отсутствие коллатералей и расщеплений по ходу протока) или близкое к этому состояние (узкопетлистое сплетение поясничных стволов, единичные и короткие коллатерали протока). К числу расширений грудного протока и его корней относятся цистерны разной локализации, удвоения протока и его островковые расщепления. Так что определение морфотипа (и типа конституции) лимфатической системы по состоянию ее центрального отдела может оказаться не только более доступным и показательным, но и достаточным способом. Более достоверным, конечно, но одновременно и гораздо более трудоемким методом представляется оценка состояния лимфатического русла, которое залегает вдоль аорты и ее крупных ветвей – главные регионарные лимфатические узлы, регионарные (кишечные, поясничные и другие стволы) и центральные (грудной и правый протоки) лимфатические коллекторы. Для описания научно обоснованных типов конституции лимфатической системы необходимы ее комплексные исследования на здоровых взрослых людях, лучше молодого возраста (20-35 лет), строго установленного типа конституции. Исследования морфотипов лимфатической системы можно проводить на трупах, с использованием традиционных инъекционных методик, но лучше – прижизненные, с лимфографией, а еще лучше – сочетанные.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ РАСШИРЕНИЙ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА НА ПРОТЯЖЕНИИ ГРУДНОГО ПРОТОКА ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

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

Д.А. Жданов (1945) предложил различать два вида расширения лимфатического русла (ЛР) в начальном отделе грудного протока (НОГП) человека – сплетение поясничных стволов (СПС) и цистерна, ЦГП и ЦПС. Я предложил различать цистерну, переходную с ПС на ГП (Петренко В.М., 1995). По механике морфогенеза я считаю, что расширение НОГП в виде СПС происходит путем «размножения» сосудов (дисперсионный рост ЛР), а в виде ЦГП или ЦПС – путем сильного растяжения сосуда (концентрированный или компактный рост ЛР). Материалы Д.А. Жданова позволяют утверждать: расширение и укорочение тела человека часто сопровождаются расширением ЛР в НОГП.

Д.А. Жданов не применил указанный подход к рассмотрению морфогенеза ЛР на протяжении ГП и не проанализировал зависимость его состояния от типа телосложения человека. Я выполнил эту работу, причем только на взрослых (18 человек 26–62 лет):

1) конечная ЦГП как сильное расширение шейной части ГП (38,9%) обнаруживалась в сочетании, всегда – с начальной ЦГП (6) или ЦПС (1) и СПС (7), почти всегда (6 из 7) – с островковым расщеплением ГП, очень часто (5 из 7) – с левым полуГП (ЛПГП), только у людей с мезо- или брахиморфным телосложением (ЛМТ:ЛБТ = 4:3);

2) ЛПГП (44,5%) встречался в сочетании, всегда – с начальной цистерной (ЦГП – 7, ЦПС – 1), с СПС (8), чаще широкопетлистым, с островковым расщеплением ГП (8), часто (5 из 8) – с хорошо выраженной концевой ЦГП, у ЛМТ и ЛБТ (1:1);

3) островковое расщепление грудной и, реже, шейной частей ГП (72,2%) происходило в сочетании, почти всегда (12 из 13) – с СПС, чаще всего (11 из 13) – с начальной цистерной (ЦГП – 10, ЦПС – 1), часто (8 из 13) – с ЛПГП, часто (7 из 13) – с хорошо выраженной концевой ЦГП, почти всегда (12 из 13) – у ЛМТ и ЛБТ (1:1).

Выводы

1) расширение ЛР на протяжении ГП, как и в НОГП, происходит либо путем дисперсии ЛР (островковое расщепление ГП и его неполное удвоение, ЛПГП), либо путем сильного локального растяжения ГП (концевая ЦГП);

2) расширения на протяжении ГП коррелируют с расширениями НОГП и тела человека.

ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ. СООБЩЕНИЕ IX. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Петренко В.М.

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

Вопросы анатомотопографических взаимоотношений и интеграции лимфатического (ЛР) и кровеносного русел (по сути – морфогенеза генеральных сегментов лимфатической системы, ЛСи) рассматривались мной еще в рамках исследований, выполнявшихся по темам кандидатской (1987) и докторской (1995) диссертаций. Выводы по этой проблеме:

1) закладка лимфоузлов происходит путем инвагинации артерий в просвет эмбриональных лимфатических коллекторов вместе с межсосудистой рыхлой соединительной тканью, которая затем трансформируется в лимфоидную ткань;

1а) инвагинация артерий в просвет лимфатических коллекторов происходит под давлением интенсивно растущих окружающих органов, иначе говоря – лимфатические коллекторы, дренируя интенсивно растущие и метаболизирующие органы, расширяются и в плотном окружении органов обрастают (эпиболия) прилегающие артерии;

2) варианты размещения (компактное и дисперсное) панкреатодуоденальных лимфоузлов в связи с соименными артериями около верхнего и нижнего изгибов двенадцатиперстной кишки коррелируют с вариантами ее морфогенеза у плодов человека, который зависит от особенностей течения вторичных сращений брюшины;

3) варианты (тип и уровень) слияния поясничных стволов, морфогенеза и топографии начального отдела грудного протока зависят от числа и уровня размещения поясничных лимфоузлов, которые определяются особенностями ветвления брюшной аорты (уровень, компактное или дисперсное размещение ветвей) в зависимости от особенностей органогенеза в брюшной полости, в т.ч. течения вторичных сращений брюшины, особенно в парааортальной зоне поясничной области.

Таким образом, топографические связи ЛР и артерий у плодов человека местами преобразуются в их морфофункциональные связи. Их комплексы оформляются как лимфоузлы, которые представляют собой переменный результат морфогенетических корреляций ЛР и кровеносного русла в связи с индивидуально переменным органогенезом и высшую степень их интеграции (в специальные и генеральные сегменты ЛСи данного морфотипа).