

в т.ч. лимфатического русла (ЛР), получила различные направления своего развития, включая топографическое и функциональное. Исторически сложилось более или менее узкое понимание этих терминов, что порой приводит к разрывам в представлениях о реальной структурно-функциональной организации ЛСи, непониманию механизмов ее развития и функционирования в дефинитивном состоянии. Стенка ЛР имеет окружение и наружное (топография), и внутреннее – содержимое полости (лимфа). Топографо-анатомические взаимоотношения складываются (структурируются) в результате взаимодействия соседних органов в процессе развития. Эти взаимодействия продолжаются в дефинитивном состоянии и являются источником экстравазальных факторов лимфотока, начиная с лимфообразования: окружающие ЛР ткани составляют насос (периферическое сердце), его поршень «качает» периодически тканевую жидкость в корни ЛР, а наружная манжетка выдавливает лимфу из ЛР. Клапаны придают лимфотоку ортоградное направление, т.е. организуют лимфоотток из органов. Топография, в т.ч. плотность / давление

окружения, на протяжении ЛР и его звеньев непостоянна. Поэтому возникают локальные особенности строения и функционирования ЛР – элементы топологии в функциональной морфологии ЛР (строение как функция топографии). Функциональная морфология изучает строение стенки ЛР в связи с функцией, включая развитие. Основная функция ЛР – организация лимфооттока из органов. Базовым является пассивный лимфоток. Он возникает (лимфообразование) и изменяется (мятничкообразный) под влиянием экстравазальных факторов (окружения). Их роль в организации лимфотока меняется в онтогенезе так же, как строение стенок и топография ЛР на его протяжении: топография как структурированная функция, результат развития на основе неравномерного роста (функция в топической морфологии ЛР). Активный лимфоток возникает на основе пассивного, на удалении от мест лимфообразования (главной лимфодвижущей силы в корнях ЛР), при дефиците энергии экстравазальных факторов, в результате торможения пассивного лимфотока и вторичного растяжении стенок ЛР (индукция мышечного сокращения).

Медицинские науки

РОЛЬ ГАСТРОСКАН-ГЭМА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Зайцев А.В., Смолькина А.В., Зайцева О.Б.,
Рогова Ю.Ю., Герасимов Н.А., Баринев Д.В.

*ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный
университет», Ульяновск, e-mail: smolant1@yandex.ru*

Цель: Оценить эффективность периферической гастроэнтерографии для дифференциальной диагностики острого аппендицита.

Материал исследования. Проведено исследование 56 пациентов с острым аппендицитом. Всем пациентам в процессе предоперационной подготовки проводилась периферическая гастроэнтерография аппаратом гастроскан-ГЭМ. Полученные электрофизиологические данные функционирования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) сравнивались с интраоперационной характеристикой патологического процесса.

Результаты. При исследовании отношения мощностей ($P_{(i)}/PS$), процентного вклада каждого из отделов пищеварительного тракта в общий частотный спектр, амплитудной характеристики, свидетельствующей о силе сокращений каждого отдела ЖКТ, у пациентов с интраоперационно подтвержденным диагнозом острого аппендицита было выявлено статистически значимое снижение относительной электрической активности в толстом отделе кишечника по сравнению с нормальными показателями. У пациентов с неподтвержденным диагнозом острого аппендицита

статистически значимых отклонений не выявлено. У пациентов с неподтвержденным диагнозом острого аппендицита выявить какие-либо отклонения от нормальных показателей не удалось. У больных с отечной формой острого панкреатита было выявлено снижение данного показателя на участках ДПК-тощая кишка и тощая кишка-подвздошная кишка. При исследовании коэффициента ритмичности K_{rim} , являющегося частотной характеристикой, отражающей ритмичность сокращений различных отделов ЖКТ, у больных с интраоперационно подтвержденным диагнозом острого аппендицита было выявлено статистически значимое повышение показателя в толстом отделе кишечника по сравнению с нормальными показателями. У больных с неподтвержденным диагнозом острого аппендицита каких-либо статистически значимых отклонений от нормальных показателей не выявлено.

Таким образом, при остром аппендиците электрофизиологические показатели перистальтики ЖКТ характеризуются статистически значимым снижением относительной электрической активности и повышением коэффициента ритмичности толстого отдела кишечника, в сравнении с группой пациентов без интраоперационной верификации диагноза острый аппендицит. При отечной форме острого панкреатита электрофизиологической характеристикой является снижения всех показателей на участках ДПК, тощей и подвздошных кишок.