

далин (лимфатико-гипопластический диатез), тимуса – компенсаторные реакции их врожденно неполноценной лимфоидной системы на фоне дисфункции эндокринного аппарата: низкая активность лимфоцитов компенсируется их избыточной пролиферацией при антигенной стимуляции (как Т-лимфоцитов при тимико-лимфатическом состоянии). Но пока это только предположения, основанные на клинико-морфологических параллелях. Кроме изучения клеточно-тканевой основы ИПС, особенно важной для лимфоидной части, следует обратить внимание на анатомический аспект данной проблемы, например: число и размещение лимфоузлов у людей с разным соматотипом.

Уже давно известно, что лимфоузлы располагаются главным образом по ходу или рядом с кровеносными сосудами (Жданов Д.А., 1952; Сапин М.Р., Борзяк Э.И., 1982). Б.В. Огнев (1936) предложил в основу топографоанатомической классификации лимфоузлов положить фрагментарный план строения нервной и сосудистой систем, обосновав его с позиций эмбриогенеза: фрагмент – это органы, которые объединены ветвями одной артерии, отходящей от аорты, и имеют общие по происхождению участки ЛСи, нервной и венозной систем. Такую тесную пространственную взаимосвязь лимфоузлов с кровеносными сосудами я объяснил механикой закладки лимфоузлов. В процессе эмбрионального органогенеза резко увеличивается отток тканевой жидкости из органов в виде лимфы, что приводит к сильному расширению лимфатических сосудов. В плотном окружении интенсивно растущих органов они окружают прилегающие кровеносные сосуды. Иначе говоря, происходит инвагинация последних в просвет лимфатических сосудов, в т.ч. мешков. Инвагинации тормозят прямой лимфоток через первичный краевой синус в закладке лимфоузла с одновременным усилением трансфузионного лимфотока через строму инвагинации, где осаждаются обломки клеток и внеклеточных структур. В результате такой фетальной антигенной стимуляции стромальные зачатки лимфоузлов преобразуются в лимфоидные (Петренко В.М., 1987–2003). Все лимфоидные образования тесно связаны с кровеносными сосудами, которыми являются путями (ре)циркуляции лимфоцитов, а следовательно – системообразующим фактором для лимфоидной системы, специфической части ИПС. Среди кровеносных сосудов артерии наиболее стабильны, поскольку обладают наиболее толстыми и плотными стенками. Поэтому, а также в связи с их трофической функцией артерии становятся направляющими морфогенеза генеральных сегментов ЛСи и дефинитивных корпоральных сегментов. В их состав собственные, межклапанные сегменты ЛСи интегрируются посредством рыхлой соединительной ткани, которая местами транс-

формируется в лимфоидную, в т.ч. лимфоузлов (Петренко В.М., 2011–2014). Они относятся и к лимфоидной системе, и к ЛСи, составляющих лимфоидно-лимфатический аппарат – анатомическую основу иммунитета, ИПС. Поскольку артерии формируют своеобразный скелет для дефинитивных корпоральных сегментов, в т.ч. для ЛСи и лимфоидной системы, то ИПС также формируется вокруг артериального русла и функционирует в связи с ним – модель противоточной (лимфо)гемодинамической системы (Петренко В.М., 1997). Артерии человека характеризуются изменчивостью (Кованов В.В., Аникина Т.И., 1974), хотя гораздо меньшей, чем у вен и ЛСи, что позволяет рассматривать типовую анатомию артерий – рассыпной, магистральной и переходной типы их строения (Шевкуненко В.Н., Геселевич А.М., 1935). Поэтому я считаю, что разработку морфотипов и, в конечном счете, типов конституции ИПС следует вести с учетом периартериальной организации ЛСи и лимфоидной системы как анатомической основы ИПС.

ОБЩАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА СЕГОДНЯ

Петренко В.М.

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

В последние десятилетия изложение вопросов общего устройства человека в учебниках становится все более кратким, схематизированным, канонизированным и все менее анатомическим. В учебниках по анатомии человека можно немало узнать о строении тканей и клеток, но не о том, как они составляют органы, а органы – тело человека. Не имея перед глазами плана его общего устройства, читатель тонет в потоке мелких деталей, которые нужно как-то прикреплять к неизвестному остову. Это резко затрудняет изучение такого важного предмета медицины. В этом же одна из причин снижения интереса к его изучению.

Организм у человека и животных состоит из органов и сосудов, начиная, вероятно, с немертин. Органы представляют собой автономные, более или менее сложные по строению комплексы клеток и тканей разного вида. Ткани объединены посредством тканевых каналов рыхлой соединительной ткани, которые продолжают в сосуды через межклеточные щели и трансклеточные пути эндотелия. Подобные комплексы тканей осуществляют и межорганные связи. Каждый орган имеет собственное, более или менее обособленное сосудистое русло с определенными путями притока и оттока крови. Ткани как системы клеток и системы органов не автономны, включая циркуляторные связи, и представляют собой переходные образования в иерархии структурной организации индивида, в которой основными являются три уровня:

клетка – орган – организм. Такова элементарная схема общего устройства человека, которую вряд ли можно еще больше упростить. Но можно в той или иной мере, тем или иным способом расширить по усмотрению исследователя. Тело человека имеет квазисегментарное устройство: корпоральные сегменты сращены в разной степени, особенно на периферии, их «осевой скелет» образуют ветви аорты и сопровождающие их вены, лимфатические сосуды и нервы. Сегментарный морфогенез тела человека начинается с сомитов эмбриона. Метамерия позднее утрачивается в той или иной мере. При этом сегментация тела сохраняется, даже нарастает, хотя и видоизменяется. Сама неполная первичная, продольно-осевая сегментация эмбриона человека (парахордальные сомиты) трансформируется во вторичную, продольно-радиальную квазисегментацию путем разделения его тела на периферические комплексы дефинитивных органов в процессе все более неравномерного роста сомитов и других органов, ресегментирующего тело с адекватными изменениями сосудов и нервов.

**ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДИЗИРОВАННЫХ ЛИЦ
В УСЛОВИЯХ ЛПУ**

Рослякова Л.Л.

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Курской области», Курск,
e-mail: roslyakll@mail.ru*

Последние годы на территории РФ отмечается устойчивая тенденция к увеличению количества инвалидизированных лиц, получивших впервые наиболее тяжелую – первую группу инвалидности. За последние восемь лет этот показатель увеличился в 1,7 раза, что требует модернизации методов организации лечебно-реабилитационного процесса на всех уровнях [1]. Отмечается, что в структуре нозологических форм заболеваний граждан с временной нетрудоспособностью и инвалидизированных лиц злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, костно-мышечной, нервной систем, цереброваскулярная патология занимают лидирующие позиции [2, 3].

Таким образом, целесообразно введение в ЛПУ амбулаторно-поликлинического звена следующих организационных изменений: курирование пациентов с хронической патологией должно осуществляться индивидуализировано одним лечащим врачом, имеющим представление о периодах возможных обострений; у пациентов указанных, потенциально инвалидирующих, нозологических форм заболеваний, время контрольного посещения ЛПУ должно формироваться врачом самостоятельно, с ис-

пользованием систем электронного документооборота.

Список литературы

1. Михайлова Е.Н., Михайлов И.В., Разиньков Д.В., Халилов М.А. Медико-социальная экспертиза: современные аспекты правового регулирования // Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). – 2014. – № 1. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4924.pdf> (дата обращения 15.10.2014).
2. Михайлов И.В., Халилов М.А., Курочкина О.А., Ярош Т.Г., Снимщикова А.Д. Анализ структуры заболеваний с временной утратой трудоспособности лиц, проживающих в условиях напряженного магнитного поля, формируемого Курской магнитной аномалией // Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). – 2014. – № 1. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4934.pdf> (дата обращения 15.10.2014).
3. Михайлов И.В., Халилов М.А., Курочкина О.А., Ярош Т.Г., Снимщикова А.Д. Причины и структура первичного выхода на инвалидность лиц, проживающих в условиях напряженного магнитного поля // Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). – 2014. – № 1. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4935.pdf> (дата обращения 15.10.2014).

**НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ОТБОРА
КАНДИДАТОВ В СБОРНУЮ КОМАНДУ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ
ПО СПОРТИВНОЙ АЭРОБИКЕ**

Филиппова Ю.С., Головин М.С.

*Новосибирский государственный
педагогический университет, Новосибирск,
e-mail: 3348691@gmail.com*

Занятия спортом представляют собой единство трёх составляющих: спортивный отбор, тренировка и соревнование [3]. Спортивный отбор – длительный, многоступенчатый процесс. *Первый уровень* – начальный отбор для выявления детей (в большинстве видов спорта это возраст 9–14 лет), обладающих потенциальными способностями к успешному овладению конкретным видом спорта. *Второй уровень* – углубленный отбор для выявления перспективных юношей и девушек (возраст 16–17 лет), обладающих высоким уровнем способностей к данному виду спорта и склонностями к определенной специализации.

Третий уровень – отбор для выявления и зачисления кандидатов (возраст 18–20 лет) в коллективы спортсменов высокой квалификации. Отбор осуществляется на основе изучения тренировочной и соревновательной деятельности, тестирования и обследования во время специально проводимых для этого учебно-тренировочных сборов. *Четвертый уровень* – отбор для выявления спортсменов в различные сборные команды (страны, регионов, ведомств и др.), для определения участников ответственных соревнований. С этой целью анализируется информация о тренировочной и соревновательной деятельности спортсмена в своем клубе, в сборной команде, изучается соревновательная деятельность на национальных чемпионатах, на учебно-тренировочных сборах [1].