

зались следующие точки: VB-1 с обеих сторон у 2 детей (47,8%), VB-30 с обеих сторон у 5 пациентов (98,9%), а также точки P-1 и P-5 слева у 3 пациентов (60,1%).

В результате проведенной избирательной рефлексотерапии в течение 2-3 месяцев наблюдения отмечена выраженная положительная динамика в виде снижения активности патологических рефлексов. У 9 детей (50,1%) – уменьшилось количество страхов, улучшились коммуникативные функции, произошло снижение мышечного напряжения, улучшились речевые навыки. У 3 больных (16,7%) вышеуказанные изменения произошли через 3-5 мес., у 10 пациентов (43,5%) произошел переход приоритетности рефлексов от РПС к рефлексу Моро. В дальнейшем этими больными проводилась работа по описанной методике с приоритетом по точкам для рефлекса Моро. Для коррекции у детей приоритетного рефлекса Моро потребовалось больше времени – от 4 до 9 месяцев: у детей уменьшилась агрессивность, стали более открытыми, также отмечена коррекция мышечного тонуса, улучшение тонкой моторики рук и речи.

Выводы. 1. У детей с ДЦП имеет место патологическая активность одних безусловных рефлексов (РПС, рефлекса Моро) и недостаточность других (рефлексов Галанта, Переза, походки, ползания, тонических рефлексов);

2. Применение иглорефлексотерапии в коррекции неврологической симптоматики у детей, страдающих ДЦП, с использованием методики прикладной кинезиологии, позволили снизить активность безусловных рефлексов, а также повысили эффективность других проводимых реабилитационных мероприятий.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Маль Г.С., Кувшинова Ю.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: kuwschinka1991@mail.ru

Сердечно – сосудистое заболевание (ССЗ) – лидирующая причина смертности во всем мире. По прогнозам экспертов, количество смертей от ССЗ в мире возрастет за счет увеличения смертности среди мужского населения планеты до 24,2 млн к 2030 году.

Цель работы: определить «качество жизни» больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) использующих стандартную терапию в сочетании с омега-3 омакором и симвастатином.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 90 мужчин в возрасте от 61 до 69 лет (65,1±4,8) с ИБС постинфарктным кардиосклерозом и первичной гиперлипидемии (ГЛП) на фоне нарушений ритма.

Результаты проведенных исследований: У больных, получавших омакор и симвастатин, установили сходную по направленности дина-

мику показателей качества жизни. Наиболее значительными оказались изменения в оценке состояния физического здоровья и его влияния на качество жизни (57,2% для омакора и 37,1% для симвастатина), и также на общий уровень социальной активности (омакор – 18,1%, симвастатин – 27,7%). Отмечено снижение влияния болевого синдрома на качество жизни и достоверный прирост по шкале жизнеспособности (VT).

ОЧЕРКИ О ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОРФОЛОГИИ ЛИМФОУЗЛА. СООБЩЕНИЕ IX. СРАВНИТЕЛЬНАЯ МИКРОАНАТОМИЯ ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМЫ

Петренко В.М.

Российская Академия Естествознания, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy2011@yandex.ru

Селезенка и лимфоузел (ЛУ) имеют общее в функциональной морфологии: они представляются собой лимфоидные органы-биофильтры на путях оттока венозной крови и лимфы. Селезенка не содержит воротную систему и чудесную сеть микрососудов, а ЛУ – миелоидную ткань, которая в селезенке занимает место мозговых тяжей: в красную пульпу мигрируют дифференцирующиеся плазмоциты (Хэм А., Кормак Д., 1983; Rabson A. et al., 2005). Лимфатическое русло в селезенке редуцировано и не контактирует с лимфоидной тканью. В этих органах дренажная система паренхимы двойная. Ветви артерий обычно заканчиваются в сети кровеносных капилляров, из которой выходят корни вен. Но в красной пульпе селезенки есть еще венозные синусоиды, а в ЛУ – лимфатические синусы. Оба органа имеют еще другие специализированные микрососуды: селезенка – кисточковые артериолы, ЛУ – посткапиллярные вены с высокими эндотелиоцитами. И в ЛУ, и в селезенке лимфоидная ткань окружает разветвления трабекулярных артерий в паренхиме. Лимфоциты поступают в паренхиму ЛУ через стенки посткапиллярных венул, а в белую пульпу селезенки – вероятно, через стенки кисточковых артериол (Buysnes N. et al., 1984). Все эти специальные микрососуды играют ключевую роль в функционировании селезенки и ЛУ как органов-биофильтров соответственно крови и лимфы, сосредоточены в промежуточной области паренхимы, примыкающей к лимфоидным узелкам, отделяя их от красной пульпы или мякотных тяжей. Синусоиды селезенки образуют специализированные коллатерали основного дренажного русла ее паренхимы. Им в ЛУ соответствуют лимфатические синусы. Синусоиды селезенки имеют те же входы и выходы, что и базовое капиллярное русло, а синусы ЛУ – это чудесная сеть экстраорганного лимфатического русла, коллатерального кровеносному руслу. В селезенке и в ЛУ биофильтр функционирует

сходным образом: венозная кровь выходит из синусоидов в окружающую красную пульпу, лимфа – из синусов в лимфоидную паренхиму (трансфузионный кровоток / лимфоток). Механическая решетка ретикулярных волокон из стромы вещества ЛУ продолжается в просвет лимфатических синусов и уже там начинает функционировать как механический биофильтр.

**ДИНАМИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ
ПАНКРЕАТИТОМ АЛКОГОЛЬНОЙ
ЭТИОЛОГИИ В Г.ЯКУТСКЕ
ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ МЕР ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА НА
ГОСУДАРСТВЕННОМ УРОВНЕ**

Петрова М.Н.

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Медицинский институт, Якутск, e-mail: mnpetrova@gmail.com

Проведен статистический анализ госпитализаций пациентов с хроническим панкреатитом глубиной семь лет для определения количества больных с диагнозом хронический панкреатит до и после указа президента республики Саха (Якутия) Е. Борисова «О мерах по профилактике алкоголизма в Республике Саха (Якутия)» на базе гастроэнтерологического отделения ГБУ РС (Я) «Якутская городская клиническая больница». Средний возраст больных составил 50 лет. Женщины с хроническим панкреатитом преобладали над мужчинами в 2007- 2011 (57%), но в последние годы отмечается преобладание мужчин (51%). Имеет место постепенное снижение госпитализации пациентов с хроническим панкреатитом алкогольной этиологии. В частности, в 2007 году пациенты с хроническим панкреатитом составили 14,5% от всех случаев госпитализаций в отделение, а в 2013 году – 8,7%.

Хронический панкреатит – воспалительное заболевание поджелудочной железы различной этиологии, фазово-прогрессирующего течения, финальной стадией которого являются склероз паренхимы, деформация, облитерация протоков, утрата внешнесекреторной и эндокринной функции железы [5]. Потенциальными факторами риска являются злоупотребление алкоголем, курение, нутритивные факторы, наследственность, факторы, влияющие на диаметр панкреатических протоков и отток секрета поджелудочной железы, иммунологические факторы, различные другие и метаболические факторы [6].

Употребление алкоголя в индустриально развитых странах служит причиной хронического панкреатита в 50-80%. Опасной дозой, т.е. приводящей к воспалению поджелудочной железы, считают ежедневный прием 40-80 мл этанола. Ежедневная доза 96% этилового спирта в объеме 150-200 мл в течение 10 лет приводит к хроническому панкреатиту у 90% злоупотреб-

ляющих алкоголем [2, 4, 5]. В настоящее время ежегодно регистрируют 6-7 новых случаев хронического панкреатита на 100000 населения, а общая частота его составляет от 50 – 75 пациентов на 100000 населения в зависимости от географического региона [3, 11].

В целях снижения алкоголизма были приняты существенные меры. Указом президента республики Саха (Якутия) Е.Борисова «О мерах по профилактике алкоголизма в Республике Саха (Якутия)» с 1 ноября 2010 года введен запрет на территории РС (Я) розничной реализации алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15% объема готовой продукции с 20 часов текущих суток до 14 часов следующих суток [8]. Затем был принят федеральный закон Российской Федерации от 18 июля 2011 г. N 218-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» и отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившим силу Федерального закона «Об ограничениях розничной продажи и потребления (распития) пива и напитков, изготавливаемых на его основе», в котором также запрещается продажа алкогольной продукции [7].

В связи с этим представляется чрезвычайно интересным оценить частоту госпитализаций пациентов с хроническим панкреатитом алкогольной этиологии.

Цель: оценить динамику госпитализаций пациентов с диагнозом хронический панкреатит алкогольной этиологии в гастроэнтерологическое отделение ГБУ РС (Я) «Якутская городская клиническая больница» после принятия мер по профилактике алкоголизма на региональном и федеральном уровнях.

Материал и методы исследования: медицинская документация, журнал госпитализаций гастроэнтерологического отделения ГБУ РС (Я) ЯКГБ за период 2007-2013 гг. Статистическая обработка, программа «BIOSTAT».

Результаты: за отчетный период в отделение поступило 6403 пациента, из них 778 пациентов с хроническим панкреатитом (12%) (диаграмма 1). Отмечается тенденция к снижению госпитализации таких пациентов, в среднем, ежегодно на 5,66%, при относительно неизменном уровне общего числа поступлений в отделение ($y = 2,0357x + 906,57$; $R^2 = 0,0297$).

Средний возраст больных составил 50 лет [15; 86]. Причем в 2012 году отмечена некоторая тенденция к «омоложению» контингента больных с хроническим панкреатитом алкогольной этиологии (график 1).

Проведен гендерный анализ госпитализированных. В 2007-2011 гг. преобладали женщины, однако с 2012 года преобладают мужчины (диаграмма 2).