

Список литературы

1. Гильмутдинова Л.Т., Кутлиахметов Н.С., Сахабутдинова А.Р. Медицинская реабилитация больных с травмами верхних конечностей // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 10–4. – С. 647–650.
2. Затолокина М.А. Морфология нервных стволов и соединительнотканых оболочек нервов передних конечностей некоторых животных и птиц [Текст] / М.А. Затолокина, И.В. Булгакова, Е.С. Бухтиярова, Т.А. Лозицкая // *Морфология*. – 2008. – Т. 134, № 5. – С. 70.
3. Затолокина М.А. Сравнительный анализ микроскопического строения лучевого нерва в области средней трети плеча у представителей отряда хищные // *Вестник Курской государственной сельскохозяйственной академии*. – 2015. – № 3. – С. 67–70.
4. Затолокина М.А., Мишина Е.С., Ярмамедов Д.М., Горло Е.И., Хаенок К.С., Попкова А.Н. Сравнительный анализ морфологических особенностей периферических нервов плечевого сплетения в области стилоподий у птиц из отрядов голубеобразные и курообразные // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2015. – № 4 – С. – 425–427. URL: www.rae.ru/meo/?section=content&op=show_article&article_id=7424 (дата обращения: 12.07.2015).
5. Турсунова Ю.П. Морфологические изменения пучков плечевого сплетения // *Морфология*. – 2009. – №3. – С. 13.
6. <http://www.medstatistica.com/articles004.html>
7. http://www.volgmed.ru/uploads/files/2014-6/30442-soeditelnaya_tkan.pdf

ВИДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ТОПОГРАФИИ ЧРЕВНОГО СЕГМЕНТА ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У ДЕГУ

Петренко В.М.

Российская Академия Естественных наук, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Лимфатическую систему я разделяю на генеральные, периартериальные сегменты. Они входят в состав сосудисто-нервных корпоральных сегментов (КС) – это органы, которые кровоснабжаются одной ветвью брюшной аорты и имеют общие по происхождению участки нервной, венозной и лимфатической систем. Видовые особенности чревного КС дегу: 1) печень находится, как у человека, в краниальной 1/3 брюшной полости (у морской свинки и крысы – в краниальной 1/2 брюшной полости),

с наименьшим развитием дорсальных отделов; 2) двенадцатиперстная кишка (ДК) дегу на значительном протяжении прилежит к дорсальной брюшной стенке (у крысы и морской свинки правая латеральная лопасть печени разделяет их); 2а) ДК дегу, как у человека, имеет форму подковы и типичную восходящую часть (ее нет у других грызунов), которая образует короткую брюшинную связку с дорсальной брюшной стенкой (у морской свинки – каудальная часть ДК на разном протяжении); 2б) печень крысы – «двойная», с каудовентральным разрастанием дорсальных отделов в области хвостатой доли и желудка. Такая печень крысы «отодвигает» брюшную стенку к пищеводу на середину малой кривизны желудка, их и ДК с поджелудочной железой – от дорсальной брюшной стенки. Поэтому сохраняется толстый и подвижный общий корень брыжеек этих органов (корень дорсальной брыжейки у эмбриона); 2в) у человека брыжейка ДК с головкой и телом поджелудочной железы в разной степени срастаются с задней брюшной стенкой; 3) чревная артерия у дегу имеет общее начало с краниальной брыжеечной артерией, у крысы разделяется на 2 ветви: правая – печеночная, левая – желудочно-селезеночная (у человека и морской свинки – это чаще всего отдельные ветви чревного ствола). Поэтому околоаортальный ЛУ дегу одновременно относится к 2 группам висцеральных ЛУ. Число ЛУ в бассейне чревной артерии у грызунов отличается мало: у крысы – 6-7, у морской свинки – 6-9, у дегу – 8, хотя отмечается слабая тенденция к увеличению числа ЛУ, что совпадает с постепенным уменьшением печени. У человека обнаружено гораздо больше ЛУ данной группы (Сапин М.Р., Борзяк Э.И., 1982), прежде всего за счет околоорганых, главным образом желудка – желудочные, желудочно-сальниковые, пилорические, а также панкреатодуоденальные.

Медицинские науки

К ВОПРОСУ О БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ ОСЛОЖНЕННЫЙ ИБС

Маль Г.С., Буланов Е.А., Кувшинова Ю.А.

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

В настоящее время известно о системном характере псориаза, сопровождающегося нарушением обмена веществ и поражением многих органов и систем. Среди других патологий, псориазу достаточно часто сопутствуют поражения сердца и сосудов, в том числе атеросклеротического генеза.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ историй болезни псориаза и ИБС на выявление сочетанной патологии. Выявить встречаемость ИБС с псориазом воспалительной реакцией в субпопуляции боль-

ных мужчин. Провести сравнительную оценку встречаемости сочетанной патологии в разных возрастных группах.

Материалы и методы – ретроспективный анализ 150 историй болезни пациентов. Ишемической болезнью сердца 50 пациентов, 50 с псориазом и 50 с сочетанной патологией. Использовались статистические и аналитические методы исследования.

Проведенный ретроспективный анализ историй болезни показал, что включенные группы пациентов можно было разделить на пациентов страдающих псориазом изначально, и больных с ишемической болезнью сердца, соответственно и группы людей в определенной возрастной группе, где встречается сочетанная патология в субпопуляции мужчин в возрасте 40-50 и 50-60, что составило 70% от всех иссле-

двумых. Следует отметить, что в группе мужчин в возрасте 40-50 лет (70% от исследуемых) страдавших псориазом, через 3-4 года присоединилась ишемическая болезнь сердца. А у пациентов в возрасте 50-60 лет (30%) изначально страдали ишемической болезнью сердца, через 5-8 лет присоединился псориаз.

Таким образом, наибольшее количество сочетанной патологии встречается у пациентов в возрасте от 40-49 и 50-59 лет, что составляет 60 и 45 пациентов соответственно. Это обусловлено общностью патогенетических звеньев и факторов риска. Именно в этих группах сопутствие сочетанной нозологии отягощают течение заболеваний, что в свою очередь ведет к увеличению сроков лечения, периода реабилитации и как результат повышение количества нетрудоспособного населения.

РОЛЬ ИНСУЛИНА В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Панова И.В.

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону,
e-mail: pan_tol@list.ru*

За последние десятилетия уровень заболеваемости органов пищеварения среди детей возрос в 3-3,5 раза и достиг угрожающих цифр (от 300 до 760 на 1000 детского населения) [5]. Хронические воспалительные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ) доминируют в структуре хронической патологии органов пищеварения, занимая второе место, и имеют неуклонную тенденцию к росту. Пик заболеваемости органов эзофагогастроудоденальной области приходится на период полового созревания [3]. Именно в пубертатный период происходят интенсивные изменения в строении тела и внутренних органов, отмечается качественная перестройка нейроэндокринной регуляции, возникает дезинтеграция роста и созревания, приводящая к нарушению моторики, а также к возникновению и прогрессированию воспалительных изменений слизистой оболочки (СО) ВОЖКТ [4].

Пубертатный период сопровождается активным ростом организма, являющимся результатом комплексного воздействия питания, анаболических и катаболических факторов. Среди анаболических гормонов особая роль принадлежит инсулину.

Известно, что уровень инсулина резко возрастает при наступлении пубертата, хотя уровень глюкозы остается неизменным. После наступления пубертата уровень инсулина прогрессивно снижается, достигая препубертатных значений. Эти данные подтверждают предпо-

ложение о том, что пубертат сопровождается физиологической инсулинорезистентностью. Также доказано, что в развитии деструктивно-воспалительных процессов в СО ВОЖКТ существенна роль гормональных факторов (в том числе инсулина), вызывающих расстройство двигательной и секреторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки и нарушение метаболических процессов в СО ВОЖКТ [2]. Вместе с тем известно, что повышение уровня инсулина при кислотозависимых заболеваниях можно расценивать как защитную саногенетическую реакцию. Однако значительное повышение его может привести к торможению моторной деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки и появлению длительных фаз нерегулярной моторики. Рядом исследований установлено, что, с одной стороны, инсулин обладает сосудистым протективным эффектом, активируя экспрессию гена эндотелиальной NO-синтазы, что приводит к высвобождению NO эндотелиальными клетками и развитию инсулинообусловленной вазодилатации. С другой стороны, инсулин может содействовать повреждающим сосудистым эффектам через митогенактивированную протеинкиназу за счет стимуляции различных факторов роста, что ведет к пролиферации и миграции гладкомышечных клеток и усилению процессов сосудистого ремоделирования [6].

Таким образом, цель настоящего исследования – оценить роль инсулина в формировании хронических воспалительных заболеваний ВОЖКТ у детей в период полового созревания с учетом тяжести поражения СО ВОЖКТ, стадий полового развития (СПР) и состояния вегетативной нервной системы (ВНС).

Материалы и методы исследования. В группу исследования вошли 154 ребенка в возрасте 8 – 15 лет с хроническим гастродуоденитом (ХГД), из них 70 (45,5%) девочек и 84 (54,5%) мальчика. Верификация диагноза проводилась по результатам общеклинического обследования, эзофагогастроудоденоскопии с прицельной биопсией СО желудка, УЗИ органов брюшной полости. На момент обследования все больные находились в стадии клиничко-эндоскопического обострения ХГД. По результатам обследования больные были разделены на 2 группы: У 84 (54,5%) детей диагностирован поверхностный гастродуоденит (ПГД) (1 группа), а у 70 (45,5%) – эрозивный гастродуоденит (ЭГД) (2 группа). Группу контроля (ГК) составили 56 детей I-II групп здоровья, сопоставимых по возрасту, полу и СПР с группой больных. Пациенты были включены в исследование на основании информированного согласия всех родителей, дети которых принимали участие в научном исследовании.

Функциональное состояние ВНС оценивалось по клиническим симптомам, а также методом кардиоинтервалографии с расчетом