

строение и функции лимфатических капилляров (ЛК), сосудов (ЛС), узлов (ЛУ), протоков и стволов, способы их организации в систему, обеспечивающую жизнеспособность человека и животных, отметили двойное назначение ЛУ как важнейших звеньев системы иммуногенеза и лимфатического русла. Ю.И. Бородин (1995, 2005) предложил концепцию о лимфатическом регионе, который охватывает лимфатический аппарат органа (части тела) и бассейн лимфосбора региона, включая пути интерстициального массопереноса, обуславливающие лимфообразование. Ю.И. Бородин выделил 3 этапа (звена) клеточно-тканевого дренажа в лимфатическом регионе: 1) интерстициальная несосудистая микроциркуляция; 2) ЛК и ЛС; 3) регионарные ЛУ. Лимфатический регион, по мнению Ю.И. Бородина, – это межсистемная морфофункциональная единица, реализующая дренаж клетки и перичеллюлярного пространства в направлении «интерстиций – ЛСи». Кроме ЛУ, лимфатический регион содержит постоянные и непостоянные лимфоидные образования, выполняющие функции лимфодетоксикации и иммунного надзора «на входе» в регион. Контроль «на выходе» из лимфатического региона – это функция ЛУ. Вслед за М.Г. Привесом, Ю.И. Бородин (2009, 2012) видит тимус, селезенку, миндалины, лимфоидные бляшки и узелки в составе ЛСи на основании их морфологической, онтогенетической и функциональной взаимосвязи. Следует однако заметить, что из лимфоидной ткани состоят многие органы, сходные по значению с ЛУ, но с явно менее интимным отношением к лимфатическим путям (не стоят на пути крупных ЛС – Иосифов Г.М., 1914), без афферентных ЛС и с иным происхождением (Петренко В.М., 2011, 2013). Ю.И. Бородиным была учтена «компромиссная» точка зрения M.Földi et al. (1991), согласно которой ЛСи является одновременно и частью сосудистой системы, как система циркуляции, и частью иммунного аппарата. Соответственно M.Földi подразделил лимфологию на лимфангиологию (учение о ЛС), часть ангиологии, и лимфаденологию (учение о ЛУ), часть иммунологии.

ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ФЕРТИЛЬНЫХ И БЕСПЛОДНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Садретдинов Р.А., Полунин А.А., Воронина Л.П.

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет», Астрахань, e-mail: irina-nurzhanova@yandex.ru

Цель исследования. Оценить особенности реагирования сосудистого эндотелия на ионофорез эндотелий-зависимого вазодилатора у больных хроническим простатитом (ХП).

Материалы и методы. Обследовано 140 фертильных, 140 бесплодных больных ХП и 50 практически здоровых мужчин репродуктивного возраста. Для оценки сосудодвигательной функции эндотелия в ходе лазерной доплеровской флоуметрии проводилась ионофоретическая проба с эндотелий-зависимым вазодилататором (5% раствором ацетилхолина), анализировалось время развития вазодилатации и её продолжительность.

Результаты исследования. У фертильных больных ХП чаще наблюдались нормальный и гиперреактивный типы развития вазодилатации. В группе бесплодных пациентов преобладали гипореактивные типы (59,3% $p < 0,001$), а именно гипореактивно-декрементный тип (57,1%); нормореактивные типы выявлялись значительно реже (34,3% $p = 0,011$). Для большинства (83 чел. – 57%) бесплодных больных ХП была характерна торпидность сосудистого эндотелия с замедленным выделением вазодилаторов. При анализе продолжительности вазодилатации обнаружено преобладание декрементных типов: 82 чел. (59%) в группе фертильных больных ХП и 134 чел. (96%) в группе бесплодных пациентов, что указывает на уменьшение продолжительности выделения вазодилаторов и является косвенным признаком дисфункции микрососудистого эндотелия у больных ХП, статистически чаще ($p = 0,008$) встречающейся в группе бесплодных пациентов.

В целом, у бесплодных больных ХП преобладал нормореактивно-декрементный тип – (32,1% $p = 0,856$) пациентов, частота которого была сопоставима с группой фертильных пациентов. Нормореактивно-стабильный тип реагирования выявлялся статистически значимо (2,2% $p = 0,008$) реже, чем в группе фертильных больных ХП. Гиперреактивные типы реагирования в группе бесплодных больных ХП выявлялись статистически значимо ($p < 0,001$) реже, чем в группе фертильных больных ХП. Так, гиперреактивно-декрементный тип реагирования микрососудистого эндотелия выявлялся у 6,4% бесплодных больных ХП.

Выводы. Для фертильных больных ХП характерна нормальная или повышенная реактивность микрососудистого эндотелия с уменьшением продолжительности вазодилатации. Для бесплодных больных ХП характерно снижение реактивности микрососудистого эндотелия с уменьшением продолжительности вазодилатации.

СВЯЗЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ МЕЖДУ СОБОЙ

Щетинина А.В.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, e-mail: greydial@yandex.ru

В настоящее время в центре внимания астраханских специалистов первичных сосудистых