

рекции значимо не отразилось на исследуемых показателях. Таким образом, применённое лечение значимо улучшает у больных АГ при МС антикоагулянтную функцию сосудов к 4 мес. с сохранением достигнутых результатов при последующем нестрогой немедикаментозной коррекции.

Список литературы

1. Громнацкий Н.И., Медведев И.Н. Коррекция тромбоцитарного гемостаза, нарушения толерантности к глюкозе, дислипидемии и перекисного окисления липидов у больных метаболическим синдромом // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – №1. – С.10.
2. Медведев И.Н., Савченко А.П. Влияние дозированных физических нагрузок на тромбоцитарную активность у молодых лиц с избыточной массой тела // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – №2. – С.65.

**«Современные наукоемкие технологии»,
Доминиканская Республика, 13–22 апреля 2015 г.**

Медицинские науки

**ВЛИЯНИЕ ИРБЕСАРТАНА
В СОСТАВЕ ЛЕЧЕБНОГО КОМПЛЕКСА
НА АНТИКОАГУЛЯЦИОННУЮ
И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКУЮ
АКТИВНОСТЬ СОСУДОВ ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Солдатова О.А.

*Курский институт социального образования,
филиал РГСУ, Курск, e-mail: ilmedv1@yandex.ru*

Становится очевидна необходимость комплексной терапии больных артериальной гипертензией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) [1] ввиду широко распространяющихся у них сосудистых нарушений [2]. Цель работы – установить воздействие комплекса из ирбесартана, пиоглиазона и немедикаментозных средств на антикоагуляционные и фибринолитические свойства сосудов у больных АГ при МС. Обследовано 22 больных среднего возраста, имеющих АГ 1-2 степени, риск 4 и МС и 25 здоровых людей. В исходе у больных установлено снижение

активности антитромбина III в плазме крови до и после пробы с венозной ишемией, при уровне индекса антикоагуляционной активности стенки сосуда $1,12 \pm 0,02$ (в контроле – $1,48 \pm 0,02$), увеличение времени лизиса фибринового сгустка со снижением индекса фибринолитической активности стенки сосуда до $1,21 \pm 0,02$ (в контроле – $1,49 \pm 0,40$). Применённый лечебный комплекс значимо улучшил, но не нормализовал все учитываемые показатели функций сосудистой стенки за 4 месяца лечения. Последующее нестрогое соблюдение больными немедикаментозного компонента коррекционного комплекса при продолжении приёма препаратов не оказало достоверной динамики на достигнутые результаты.

Список литературы

1. Медведев И.Н., Кумова Т.А. Влияние эпросартана на агрегацию и внутрисосудистую активность тромбоцитов больных артериальной гипертензией при метаболическом синдроме // Фундаментальные исследования. – 2007. – №9. – С.72-73.
2. Носова Т.Ю., Медведев И.Н. Современные взгляды на механизмы нарушения функций тромбоцитов при артериальной гипертензии с абдоминальным ожирением // Успехи современного естествознания. – 2007. – №12. – С. 371.

**«Фундаментальные исследования»,
Доминиканская Республика, 13–22 апреля 2015 г.**

Медицинские науки

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ СРЕЗ
СОЧЕТАНИЯ ИБС С ПСОРИАТИЧЕСКОЙ
ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ
У БОЛЬНЫХ ОДНОГО ИЗ РЕГИОНОВ
ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО
ОКРУГА**

Маль Г.С., Буланов Е.А.

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

Среди факторов, способствующих развитию ИБС в последние годы, наряду с известными факторами риска, отмечено, что псориатическое поражение кожи развивается в 40%, в то время как у больных ИБС с псориазом отмечается в 15% случаях.

В настоящее время известно о системном характере псориаза, сопровождающегося нарушением обмена веществ и поражением многих органов и систем, в связи с чем, многие авторы

характеризуют этот дерматоз как «псориатическое заболевание». Среди других патологий, псориазу достаточно часто сопутствуют поражения сердца и сосудов, в том числе атеросклеротического генеза, что составляет 40% от общего числа исследуемых, в возрасте 40-49 и 50-59 лет.

В связи с этим целью настоящего исследования было выявить особенности эпидемиологической встречаемости псориаза у больных ИБС в областном центре Центрального Федерального Округа.

Материалом послужил ретроспективный анализ 150 историй болезни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) 50 пациентов, 50 с псориазом и 50 с сочетанной патологией.

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 зве-

ннев и факторов риска. Именно в этих группах сопутствие сочетанной нозологий отягощают течение заболеваний, что в свою очередь ведет к увеличению сроков лечения, периода реабилитации и как результат повышение количества нетрудоспособного населения.

ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА В БРЫЖЕЙКЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ПОЗИЦИЙ ОРГАНОГЕНЕЗА

Петренко В.М.

*Российская академия естествознания,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

В литературе (Максименков А.Н. и др., 1972) описаны две крайние формы строения кровеносного русла в брыжейке двенадцатиперстной кишки (КР-БДК) – магистральная (с образованием краевых артериальных и венозных дуг) и рассыпная (сеть экстраорганных сосудов между верхними и нижними панкреатодуоденальными артериями и венами – ПДА, ПДВ). Я провел исследование развития КР-БДК на серийных срезах 70 эмбрионов и плодов человека 4-20 нед, окрашенных по разным методам, импрегнированных нитратом серебра.

Уже на 5-й нед определяются ПДА (строение прекапилляра) и ПДВ (капилляра). Между ними, вокруг эпителиальных зачатков ДК и поджелудочной железы (ПЖ) формируется сеть (прото)капилляров. На 7-й нед ПЖ представлена компактной массой эпителиальных тяжей

и трубочек. На 8-й нед их «раздвигают» утолщающиеся прослойки соединительной ткани (интенсивная продукция протеогликанов), ПДА напоминают метартериолы, ПДВ – мелкие посткапиллярные венулы, растущую головку ПЖ пронизывает сеть капилляров. На 9-й нед ПДА имеют строение мелких терминальных артериол, ПДВ – первичных собирательных венул. В густую сеть капилляров головки ПЖ входят прекапилляры, из сети выходят посткапиллярные венулы. У плодов 10-11 нед определяются междольковые метартериолы и посткапиллярные венулы ПЖ, сходное строение имеют анастомозы верхних и нижних ПДА и ПДВ, проходящие вдоль брыжеечного края ДК. С этой стадии и особенно позднее, когда становятся более заметными индивидуальные различия в форме и топографии ДК и ПЖ (вариабельные по объему и темпам вторичные сращения брыжины – разное давление на БДК), обнаруживается разное развитие КР-БДК – индивидуально различные редукция сети сосудов и магистрализация краевых анастомозов между верхними и нижними ПДА и ПДВ.

Заключение. Дефинитивные варианты строения КР-БДК возникают у плодов человека в связи с интенсивным и вариабельным ростом и гистогенезом органов, в результате разной магистрализации микрососудистой сети между верхними и нижними ПДА и ПДВ – резко ограниченной, с образованием крупных краевых анастомозов (редукция большей части сети) или более-менее равномерной, разлитой и замедленной (сохранение фетальной сети).

Технические науки

ГРАНУЛОМЕТРИЧЕСКИЙ СОСТАВ СЕМЯН РАСТОРОПШИ

Юрова И.С., Шахов С.В., Журавлев А.В.,
Помыкин Д.О., Шаршов В.В.

*Воронежский государственный университет
инженерных технологий, Воронеж,
e-mail: s_shahov@mail.ru*

Важными характеристиками дисперсных материалов являются размеры и форма частиц, их гранулометрический состав, знание которых определяет такие характеристики как сыпучесть, транспортабельность, слеживаемость. Не зная их, невозможно сделать правильный выбор режима подачи теплоносителя и рационально сконструировать элементы сушильного аппарата [1, 2].

Семена расторопши эллиптической или обратнойцевидной формы, до 8 мм длиной и шириной 2–4 мм, слегка давленные, голые, блестящие, темно-коричневого или черного цвета с буроватыми продольно-продолговатыми пятнами. Масса тысячи семян от 15 до 30 г.

Для характеристики гранулометрического состава семян, состоящих из частиц неправиль-

ной формы, пользуются понятием эквивалентный диаметр, который принимается равным диаметру шара с объемом средней частицы:

$$d_3 = \sqrt[3]{\frac{6V_3}{\pi}}, \quad (1)$$

где $V_3 = \frac{G}{n\rho}$ – объем средней частицы, м³; G – масса произвольной навески, кг; n – число частиц в этой навеске.

Зависимость эквивалентного диаметра семени расторопши от его влажности представлена на рисунке.

Как видно из рисунка, значение эквивалентного диаметра семени расторопши варьируется в пределах 3,4...3,82 мм при влажности семян 8,7...36,4% и с повышением последней имеет тенденцию к увеличению, что объясняется наличием в составе семян гидрофильных биополимеров – белков и углеводов. Их макромолекулы содержат большое количество функциональных групп, располагающих запасом свободной энергии. Такими группами в углеводах являются –ОН– и –О, а в белках