

Длительность пребывания ИТ в брюшной полости и характер возникающих осложнений зависят от локализации, размеров, инфицированности ИТ. Описаны случаи нахождения ИТ в брюшной полости до 20 лет и более. Согласно обзору специальной литературы, диагностика ИТ строится на тщательно собранном анамнезе, а также результатах ультразвукового, рентгенологического исследования, КТ, МРТ, эндоскопических методов.

Список литературы

1. Горохов А.П. Ятрогенные инородные тела в гинекологии // Медицинская наука и образование Урала. – 2012. – №3(7). – С.91-92.

ОЖИРЕНИЕ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРИИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА

Зубрилина М.А., Доница А.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

Ожирение и избыточный вес (далее ИМТ) относятся к числу 5 основных факторов риска смерти (ежегодно 2,8 млн. взрослых умирает по этой причине). Кроме того, в 44% инициируется диабет, в 23% – ИБС; в 7–41% – онкологических заболеваний. В то же время в развитых странах темпы роста ИМТ среди взрослых в последние 8 лет начали замедляться, вследствие пропаганды ЗОЖ. По данным РАН в России 60% женщин и 50% мужчин старше 30 лет страдают ИМТ, а 30% – ожирением. Согласно отчету ООН, Россия по этим показателям занимает 19 место в мире.

Согласно обзору литературы в настоящее время рассматривается целый ряд теорий развития ожирения и ИМТ. Одной из приоритетных является эндокринная теория. Процент женщин страдающих ИМТ выше из-за наступления менопаузы, которая сопровождается нарушением толерантности к глюкозе: с каждым годом после прекращения функции яичников вероятность увеличивается на 6%. Прибавка массы тела отмечается у 75 – 80% женщин с началом перименопаузы (42–46 лет). Интересным является тот факт, что в основе развития ИМТ предположительно играет роль и кишечная микрофлора. Микрофлора обеспечивает расщепление углеводов в пище до моносахаридов и их всасывания. Рассматривается также инфекционная теория ожирения: в качестве возбудителей дискутируются вирусы, в первую очередь, аденовирусы, микробы (*Chlamidia pneumoniae*, *Helicobacter pylori*), паразиты (*Trypanosoma cruzi*). Предполагаемой причиной развития также рассматривается сокращение продолжительности сна, теория подтверждается исследованиями, проведенными под руководством Christian Benedict, нейробиолога из Uppsala University (Швеция).

Было проведено магнитно-резонансное исследование головного мозга 20 здоровых мужчин с нормальным ИМТ после бессонной ночи и в случае полноценного сна. Оказалось, что на томограммах, сделанных после бессонной ночи, активность мозговых центров, отвечающих за голод, была высокой.

По прогнозам экспертов ВОЗ, при сохранении темпов роста заболеваемости, к 2025 г. в мире будет насчитываться более 300 млн. человек страдающих от ожирения (из которых 40% мужчин и 50% женщин). Таким образом, ожирение представляет для России серьезную медико-социальную проблему, требующую комплексного научного исследования.

РИЛМИНИДИН ПРИ ГИПЕРТОНИИ БЕРЕМЕННЫХ

Ивашев М.Н.

Ставропольский медицинский университет, ставрополь, e-mail: ivashev@bk.ru

Использование лекарственных средств должно сопровождаться соблюдением принципов эффективности и соответствующей безопасности [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Цель исследования. Возможность использования рилминидина у беременных.

Материал и методы исследования. Анализ литературных данных.

Результаты исследования и их обсуждение. Рилминидин является агонистом преимущественно имидазолиновых рецепторов. Возбуждение центральных имидазолиновых рецепторов в сосудодвигательном центре продолговатого мозга сопровождается уменьшением симпатической импульсации к сосудам и сердцу, что приводит к снижению АД и ОПСС, уменьшению ЧСС. Возбуждение имидазолиновых рецепторов в почках вызывает уменьшение реабсорбции натрия и воды, в надпочечниках – торможение высвобождения катехоламинов из хромаффинных клеток, в поджелудочной железе – увеличение секреции инсулина в ответ на нагрузку глюкозой, в адипоцитах – усиление липолиза, в каротидных клубочках – повышение чувствительности к понижению АД и гипоксии/гиперкапнии. Рилминидин отличается от других симпатолитических гипотензивных средств более низким сродством к α -2-адренорецепторам, что объясняет меньшую вероятность развития побочных отрицательных эффектов по сравнению с метилдопой. Метилдопа (допегит) рекомендован Европейской ассоциацией кардиологов для терапии гипертонии у беременных. Рилминидин оказывает пролонгированное фармакологическое действие, значимый гипотензивный эффект сохраняется в течение 24 ч после приема в дозе 1 мг. При длительном применении (1 мг/сут. однократно или 2 мг/сут. в 2 приема) не отмечается ослабления гипотензивного эф-

фекта, а внезапная отмена не сопровождается развитием синдромом отмены. Метаболизируется в незначительной степени с образованием продуктов гидролиза или окисления оксазолинового кольца. Выводится преимущественно почками (65% экскретируется с мочой в неизмененном виде). В экспериментах на животных не наблюдались тератогенных или эмбриотоксических эффектов. Учитывая фармакокинетические и фармакодинамические преимущества, а также профиль безопасности следует признать возможным использование рилминидина при гипертензии беременных под контролем лечащего врача.

Выводы. Рилминидин можно назначать при гипертензии беременных.

Список литературы

1. Абдулмаджид А.К., Арлыт А.В., Молчанов А.И. Влияние дибкора и таурина на мозговой кровоток в постинсультном периоде // Фармация. – 2009. – №1. – С. 45 – 47.
2. Биологическая активность чернушки дамасской / А.В. Сергиенко [и др.] // Аллергология и иммунология. – 2011. – Т.12. – №3. – С. 298.
3. Визуализация неспецифического воспаления в эксперименте / А.В. Сергиенко [и др.] // Аллергология и иммунология. – 2006. – Т.7. – №3. – С. 440.
4. Влияние глюкозы на системную и центральную гемодинамику бодрствующих животных / С.А. Рожнова [и др.] // Депонированная рукопись № 741-B2003 17.04.2003.
5. Влияние жирного масла чернушки дамасской на липидный спектр плазмы крови крыс при моделированной хронической сердечной недостаточности / А.В. Сергиенко [и др.] // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – №8. – С. 42-43.
6. Ивашев, М.Н. Йодинол и лихорадка Эбола / М.Н. Ивашев, В.С. Афанасов, А.В. Сергиенко, Е.Г. Чечулин // Успехи современного естествознания. – 2014. – №11-3. – С.125 – 126.
7. Изучение раздражающей активности масляного экстракта плодов пальмы сабаль in situ на хорион-аллантоисной оболочке куриных эмбрионов / А.В. Сергиенко [и др.] // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – №12. – С.28-29.
8. Исследование репаративной активности экстракта жирного масла шиповника при моделированном ожоге у крыс / Е.Е. Зацепина [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2013. – №3. – С. 122-123.
9. Клиническая фармакология ацетилцистемна / М.Н. Ивашев [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2013. – №5. – С. 116-117.
10. Клиническая фармакология карбапенемов / А.В. Сергиенко [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – №8-3. – С.138.
11. Клиническая фармакология низкомолекулярных гепаринов / А.В. Сергиенко [и др.] // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – №3. – С.92.
12. Кручинина, Л.Н. Изучение эффективности лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях санатория – профилактория / Л.Н. Кручинина, М.Н. Ивашев // Здравоохранение Российской Федерации. – 1981. – №4. – С. 20-22.
13. Оценка биохимических показателей крови крыс при курсовом применении масляного экстракта плодов пальмы сабаль / А.В. Савенко [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №11. – С. 14-15.
14. Селенит натрия в масле «семакур» – средство стимуляции метаболических процессов / А.В. Сергиенко [и др.] // Депонированная рукопись № 711-B2003 15.04.2003.
15. Фармакологическое исследование влияния когитума на моделированную патологию желудка крыс / И.А. Савенко [и др.] // Биомедицина. – 2010. – Т. 1. – №5. – С. 123-125.

ЗВЕНЬЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА: ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В РОССИИ. СООБЩЕНИЕ VI. ПОЛИСЕКМЕНТАРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ РУСЛА

Петренко В.М.

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

В 80-е годы минувшего столетия в СССР получила распространение концепция о клапанном сегменте (Horstmann E., 1951, 1959) или лимфангионе (Mislin H., 1961, 1983) как функциональной единице лимфатического сосуда (ЛС). В ее состав входят дистальный клапан и проксимальная мышечная манжетка. Клапан ограничивает обратный лимфоток, а сокращающаяся манжетка поддерживает прямой лимфоток. Эта функциональная система была ошибочно переименована в структурно-функциональную единицу ЛС (Орлов Р.С. и др., 1983). Таковым может быть межклапанный сегмент ЛС с гладкими миоцитами в его стенках, поскольку: 1) стенка ЛС непрерывна на всем его протяжении; 2) лимфангион способен функционировать только при участии обоих его клапанов, входного / дистального и выходного / проксимального (Петренко В.М., 1994-2008). Лимфатическое русло отличают маятникообразные колебания лимфотока и сопряженное с этим постоянное обнаружение множества клапанов. Они ограничивают обратный (выпрямляют переменный) лимфоток и обуславливают сегментарное строение путей лимфооттока из органов. Я постепенно распространил сегментарный принцип построения на все звенья лимфатического русла: 1) вначале – на лимфатические посткапилляры (протолимфангионы – межклапанные сегменты без гладких миоцитов в стенках, их эндотелиальный контур дополняют прерывистая базальная мембрана и очень тонкая адвентиция); 2) с 1998 г. – на лимфоузлы (лимфангионы лимфоидного типа, с лимфоидной тканью в стенках, которые регулируют не только объемную скорость тока, но и состав лимфы); 3) с 2007 г. – на лимфокапиллярные сети. На входе в их полость находятся квазиминиклапаны – подвижные межклеточные контакты эндотелия. Они регулируют отток жидкости из тканевых каналов (фильтрацию тканевой жидкости) в полость лимфокапилляра (лимфообразование) и препятствуют току лимфы в тканевые каналы. Лимфатические пути адаптируются к условиям дефицита собственной энергии лимфоток путем сегментарного устройства, компартиментализации их полостей клапанами. Это позволяет «дробить» лимфоток на порции. Их продвижение требует меньше энергии, извлекаемой прежде всего из окружения (экстравазальные факторы лимфотока).