

тологии печени с позиций «золотого сечения» // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2010. – № 1. – С.54-55.

2. Код Фибоначчи и «золотое сечение» в патофизиологии и экспериментальной магнитобиологии / Н.М. Исаева, Т.И. Субботина, А.А. Хадарцев, А.А. Яшин; под ред. Т.И. Субботиной и А.А. Яшина. – М., Тула, Тверь: ООО Изд-во «Триада», 2007. – 136 с.

**ПРОБЛЕМА ОКАЗАНИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ
ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ОСТРОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИИ И ОТРАВЛЕНИЯХ**

Левчук И.П., Алехнович А.В.,
Костюченко М.В., Шишкану Е.С.

*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва,
e-mail: boxmarina@yandex.ru*

Несмотря на существенный прогресс в области диагностических и лечебных мероприятий, проблема оказания специализированной медицинской помощи при комбинированной острой хирургической патологии и отравлениях остается актуальной. Также значительную проблему представляет развитие хирургических осложнений при острых отравлениях. Как правило, клинические проявления острых экзогенных отравлений и тяжесть состояния пострадавших зачастую успешно маскируют симптомы, как комбинированной хирургической патологии, так и развивающихся осложнений, что значительно утяжеляет процесс диагностики таких комбинаций и оказания специализированной медицинской помощи. Наиболее частыми экзотоксикантами при отравлениях, сопровождающихся острой хирургической патологией, по нашим данным являются опиаты, алкоголь, прижигающие жидкости, психотропные вещества. При сочетании с острой хирургической патологией этих отравлений прогноз, как правило, неблагоприятный. Наиболее тяжелые и разнообразные осложнения, требующие экстренной хирургической помощи, развиваются у пострадавших с отравлениями веществами прижигающего действия: перфорации желудочно-кишечного тракта, острый некроз пищевода, перитонит, острые язвы желудочно-кишечного тракта, пищеводные и желудочные кровотечения. Кроме того, хирургические осложнения развиваются у наиболее тяжелой категории пострадавших. Это определяет значительные трудности их в ранней диагностике, что в совокупности с отсутствием четких алгоритмов ведения пострадавших с экзотоксикозами и острой хирургической патологией и обеспечивает высокую летальность, вплоть до 90%. Таким образом, более детальное изучение проблемы острой хирургической патологии у лиц с экзотоксикозами является актуальным направлением, имеющим как научную, так и, безусловно, практическую значимость.

**ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИЕМА ЛОВАСТАТИНА
НА АНТИАГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА
СОСУДОВ В ОТНОШЕНИИ ФОРМЕННЫХ
ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ**

Медведев И.Н., Скорятина И.А.

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

Цель работы – установить у лиц с артериальной гипертонией (АГ) и дислипидемией (Д) влияние ловастатина на антиагрегационный контроль сосудов над эритроцитами, тромбоцитами и лейкоцитами.

Под наблюдением находились 29 пациентов с артериальной гипертонией 1-2 степени, риск 3 с дислипидемией IIb типа, среднего возраста. Группа контроля представлена 26 здоровыми добровольцами аналогичного возраста. Всем больным назначался ловастатин 20 мг на ночь.

Проведенная в течение года терапия способствовала снижению суммарного количества эритроцитов в агрегате на 42,6% и количества агрегатов на 36,7% при увеличении числа свободных эритроцитов на 36,3% на фоне временной венозной окклюзии. Через год лечения индекс антиагрегационной активности сосудистой стенки для адреналина составил 1,58±0,14, для H₂O₂ 1,58±0,14, для АДФ 1,48±0,11, для коллагена и тромбина 1,39±0,18 и 1,38±0,14, соответственно, для АДФ и коллагена 1,48±0,13, адреналина и коллагена 1,47±0,14, АДФ и адреналина 1,40±0,09 при достоверном снижении свободно циркулирующих малых, средних и больших агрегатов и понижении вовлеченности в них тромбоцитов на фоне временной венозной окклюзии.

Терапия ловастатином вызывала у лиц с АГ и Д достоверное усиление влияния стенки сосудов на активность агрегации нейтрофилов *in vitro* со всеми примененными индукторами. Это обусловило постепенное увеличение индекса торможения сосудистой стенкой агрегации нейтрофилов к 52 нед. терапии для лектина на 13,2%, для конканавалина А на 14,1%, для фиброгеммагглютинина на 12,0%.

Таким образом, в результате 52 недельного применения ловастатина у больных АГ с Д усиливается антиагрегационная способность сосудов, не позволяющая ей нормализоваться.

**НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИИ**

Павлович Е.Р.

*ИЭК РКНПК, Москва, Россия,
e-mail: erp114@mail.ru*

Применение различных моделей патологических состояний сердца у грызунов требует

наличия современного вивария для получения линейных животных разного пола и возраста и отработанных экспериментальных воздействий, обеспечивающих хорошую воспроизводимость результатов. В настоящее время во многих медико-биологических институтах виварии влчат жалкое существование и приходится либо самим разводить экспериментальных животных (Павлович, 2009), либо приобретать их в питомниках по высоким ценам и негарантированного качества. Саморазводка крыс отвлекает экспериментаторов от их основных обязанностей (постановки экспериментов и обработки материалов от животных с использованием морфологических и физиологических методов исследования), но обеспечивает хороший уход за пометами и одинаковые условия их проживания. Питомник не всегда может предоставить крыс нужной линии к определенному сроку, что нарушает график эксперимента. Из опыта нашей лаборатории (Писаренко с соавт., 2011) возможно получение крыс Вистар из питомника в ослабленном состоянии (о чем свидетельствуют физиологические показатели), зараженных амбарным клещем, что требует лечения животных. Из-за болезненного исходного состояния крыс, они выявляют значительный разброс по функциональным, морфологическим и биохимическим параметрам и требуют увеличения объема выборки, удорожая эксперимент и затягивая постановку экспериментальных моделей. Изучая крыс линии Спрег-Доулей, мы гарантировали реальный возраст животных и состояние их здоровья. Но даже при исследовании особей из одного помета, одинакового пола и возраста при изучении сердец в 3 случаях из 10, мы наблюдали заметную гипертрофию сердца. Это затрудняло реальную однотипную перевязку передней нисходящей коронарной артерии при моделировании ишемии левого желудочка (ЛЖ) *in vivo* с последующей реперфузией и использованием в качестве противоапоптозного препарата апелина 12 (Писаренко с соавт., 2010). Также, использование морфологических методов исследования поврежденного сердца требует разработки корректных методических подходов к оценке состояния стенок разных камер органа. Рабочий миокард в правом желудочке и в ЛЖ имеет разное количество мышечных слоев. Это требует ориентированной заливки материала в эпоксидные смолы для последующего качественного и количественного светового и электронно-микроскопического исследования. При получении поперечных длинной оси сердца срезов (слайсов) ЛЖ на световом препарате выявляются два поперечных и один (между ними) продольный мышечные слои миокарда. При этом в волокнах циркулярного слоя хорошо видны изменения поперечной исчерченности миофибрилл миоцитов (контрактуры и/или миофибриллолизис) и расхождения мышечных

волокон по вставочным дискам. На поперечно срезанных продольных слоях миокарда хорошо видна деструкция миофибрилл, появление вакуолей и нарушения целостности стенки кардиомиоцитов с выходом клеточных органелл в интерстиций. Чтобы оценить те же самые изменения в разных слоях (циркулярном и продольных) их надо перерезать под прямым углом к исходному их положению в слайсе, и переклеивать на другие блоки эпоксидной смолы. Только тогда возможно проведение корректной количественной оценки мышечных волокон сердца в разных слоях миокарда у интактных и экспериментальных животных.

О ПРОИСХОЖДЕНИИ ПРЕДАОРТАЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург,

e-mail: deptanatomy@hotmail.com

V. Cuneo (1902) разделил пояснично-аортальные лимфоузлы (ЛУ) человека на левые и правые околоаортальные, предаортальные и ретроаортальные. Согласно P.Poirier a. V. Cuneo (1902), предаортальные ЛУ образуют 3 скопления – около чревного ствола, верхней и нижней брыжеечных артерий. H. Rouviere (1932) описал только 2 скопления предаортальных ЛУ – около начала почечных и нижней брыжеечной артерий. По данным Д.А. Жданова (1945), предаортальные ЛУ находятся около чревного ствола, верхней и нижней брыжеечных артерий, а также между ними и над бифуркацией аорты. М.Р. Сапин и Э.И. Борзяк (1982) не согласны, что чревные ЛУ являются париетальными (поясничными) ЛУ, и относят их к висцеральным ЛУ брюшной полости человека. Между тем, именно на уровне брыжеечных артерий исключительно или главным образом происходят вторичные сращения брюшины (ВСБ), во всяком случае дорсальные (корень дорсальной брыжейки). Закладка поясничных ЛУ у плода человека 3-го мес сопряжена с ВСБ, которые начинаются в околоаортальной зоне, в области двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба (Петренко В.М., 1987, 1995), т.е. около начала верхней брыжеечной артерии, распространяясь в каудальном направлении.

У грызунов поясничные ЛУ малочисленнее и менее постоянны, чем у человека, обычно располагаются по обе стороны от брюшной аорты, около ее бифуркации и почечных ножек, предаортальная группа не обнаружена (Рахимов Я.А., 1968; Петренко В.М., 2003). ВСБ очень ограничены у грызунов. Дорсальные ВСБ отсутствуют у крысы, а у морской свинки они встречаются непостоянно около двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба, где находятся краниальные брыжеечные ЛУ ретропанкреатической (око-