

фект при колите, герпесе, туберкулезе, болевом синдроме.

Выводы. Исследование никотина для использования в терапии некоторых заболеваний нервной и других систем организма в настоящее время продолжается.

Список литературы

1. Арльт А.В. К вопросу эпидемиологии нарушений мозгового кровообращения / А.В. Арльт, М.Н. Ивашев // Успехи современного естествознания. 2013. № 3. С. 148.
2. Биологическая активность соединений из растительных источников / М.Н. Ивашев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10. – Ч. 7. – С. 1482 – 1484.
3. Влияние бутанольной фракции из листьев форзиции промежуточной на мозговое кровообращение / А.В. Арльт [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. 2011. № 5. С. 10-12.
4. Влияние дибикора и таурина на мозговой кровоток в постинсультном периоде / Абдулмаджид Али Кулейб [и др.] // Фармация. 2009. № 1. С. 45-47.
5. Влияние никотина на кровообращение мозга / А.В. Арльт [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013. № 11-2. С.90-91.
6. Влияние препарата «профеталь» на мозговой кровоток / А.В. Арльт [и др.] // Биомедицина. 2010. Т. 1. № 5. С. 66-68.
7. Влияние флупиртина малеата на мозговое кровообращение в эксперименте / А.В. Арльт [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013. № 1. С. 134.
8. Изучение биологической активности 20% раствора пиретама / С.А. Рожнова [и др.] // Депонированная рукопись № 1339-В2004 30.07.2004.
9. Изучение острой токсичности извлечений из сырья чернолопости крупноцветковой / А.А. Шамилов [и др.] // Успехи современного естествознания. 2013. № 5. С. 117-118.
10. Изучение скорости мозгового кровотока при алкогольной интоксикации / А.А. Молчанов [и др.] // Фармация. 2009. № 4. С. 50-52.
11. Использование гепаринов в хирургической практике / М.Н. Ивашев [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013. № 5. С. 105.
12. Клиническая фармакология антиаритмических лекарственных средств в обучении студентов / М.Н. Ивашев [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 1. С. 67-70.
13. Клиническая фармакология глюкокортикоидов / А.В. Арльт [и др.] // Современные наукоемкие технологии. 2013. № 3. С. 94-95.
14. Клиническая фармакология препаратов, применяемых при неустановленном инсульте мозга / А.В. Арльт [и др.] // Современные наукоемкие технологии. 2013. № 3. С. 101.
15. Целенаправленный поиск и фармакологическая активность ГАМК- позитивных соединений / И.П. Кодониди, А.В. Арльт, Э.Т. Оганесян, М.Н. Ивашев // Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Пятигорская гос. фармацевтическая акад. Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Кафедры органической химии и фармакологии. – Пятигорск, 2011.
16. Экспериментальное исследование церебропротективной активности веществ синтетического и природного происхождения / А.В. Арльт, М.Н. Ивашев, Г.В. Масликова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. 2012. Т. 17. № 4-1. С. 95-98.

**РАЗВИТИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ
О ЛИМФАНГИОНЕ В РОССИИ**

Петренко В.М.

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

В 1983 г. вышла книга Р.С. Орлова, А.В. Борисова и Р.П. Борисовой «Лимфатические сосуды. Структура и механизмы сократительной активности». Ее авторы заявили, что приняли модель лимфангиона в виде клапанного сегмента (Horstmann E., 1951, 1959; Mislin H., 1961,

1983) – дистальный клапан и проксимальная мышечная манжетка. 20 лет я рассматриваю лимфангион как межклапанный сегмент лимфатического сосуда (ЛС), когда пограничный клапан одновременно относится к обоим смежным лимфангионам, но имеет разные по строению секторы – аксиальный / дистальный и парие- тальный / проксимальный. Такое определение я дал лимфангиону, например, в сборнике научных трудов «Структурно-функциональные основы лимфатической системы» (1997, вып. 1), в котором А.В. Борисов повторил определение лимфангиона как клапанного сегмента. В 1998 г., в одноименном сборнике (вып. 2) Р.С. Орлов сообщил, что для изучения насосной функции лимфангиона в эксперименте использовал отрезки ЛС, включавшие лимфангион с сохраненным клапаном и дистальный клапан следующего лимфангиона. Таким образом Р.С. Орлов, с одной стороны, подтвердил свою приверженность модели лимфангиона как клапанного сегмента, а с другой стороны, засвидетельствовал давно известный факт: лимфангион функционирует только при участии обоих пограничных клапанов (Webb R., 1932). В 1997 г. на страницах журнала «Морфология» (№ 5) А.В. Борисов изложил теорию конструкции лимфангиона, в которой исходил с позиций концепции Е. Horstmann и Н. Mislin. В 2005 г. также на страницах журнала «Морфология» (№ 6) А.В. Борисов отрекся от модели клапанного сегмента Е. Horstmann и дал определение лимфангиону как межклапанному сегменту ЛС, когда клапан располагается на границе двух лимфангионов и принадлежит им обоим. Однако и в новой версии А.В. Борисов описал три части лимфангиона (мышечная манжетка, стенка клапанного синуса и область прикрепления клапана), т.е. сохранил ему строение клапанного сегмента. Подробный критический анализ неуклюжей попытки А.В. Борисов присвоить себе приоритет в создании новой концепции лимфангиона я сделал на страницах журнала «Морфология» (2006, № 3; 2007, № 4) и в своей монографии «Функциональная морфология лимфатических сосудов» (2008). Р.С. Орлов (2002, 2011) также стал рассматривать лимфангион как участок ЛС между входным и выходным клапанами с гладкими миоцитами в стенках без ссылок на мои работы.

**ОЧЕРКИ О ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
МОРФОЛОГИИ ЛИМФОУЗЛА.
СООБЩЕНИЕ II. СРАВНИТЕЛЬНАЯ
МИКРОАТОМИЯ И МОРФОГЕНЕЗ
ПЕЧЕНИ И ЛИМФОУЗЛА**

Петренко В.М.

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

Печень и лимфоузел (ЛУ) имеют сходные черты развития. Закладка печени происходит на 4-й нед эмбриогенеза человека в виде вен-

трального дивертикула энтодермы передних кишечных ворот. Ветви печеночного дивертикула интенсивно растут, разветвляются и анастомозируют с образованием сети. При этом печеночные тяжи огибают и охватывают желточно-брыжеечные вены с эндотелиальными стенками, расчлняя их на печеночные синусоиды, которые формируют сеть. Закладка ЛУ начинается в области шеи эмбриона в конце 8-й нед и охватывает другие области в течение 3-го мес утробной жизни человека. В любом случае закладка ЛУ происходит в результате инвагинации кровеносных сосудов с более или менее выраженной адвентициальной оболочкой в просвет лимфатических мешков и сосудов с эндотелиальными стенками. Точнее: расширяющиеся лимфатические сосуды и мешки охватывают (эпиболия) лежащие на пути их роста кровеносные сосуды. Из них в рыхлую межсосудистую соединительную ткань инвагинаций (стромальные зачатки ЛУ) мигрируют моноциты (макрофаги) и лимфоциты с образованием лимфоидных зачатков ЛУ. Асимметрично, локально разрастаясь лимфоидная ткань искривляет просвет матричного лимфатического сосуда (краевой синус ЛУ), окружает его ветви (промежуточные синусы ЛУ). В эволюции обнаружены более простые картины – лимфоидные узелки, выступающие в разной степени в полость грудного протока змеи (рептилии). ЛУ ехидны (клоачные млекопитающие) напоминают большой лимфоидный узелок в полости лимфатического сосуда (окружен краевым синусом) – некое подобие портальной дольки печени. Морфогенез классических печеночных долек в большей мере напоминает морфогенез примитивных ЛУ водоплавающих птиц: возможно происходит окружное утолщение скоплений лимфоидной ткани по периметру лимфатического сосуда с центростремительным сужением его просвета, а ветви центрального синуса радиально пронизывают паренхиму формирующегося ЛУ. Так или иначе, печень и ЛУ как органы-биофильтры, венозный и лимфатические, формируются сходным образом – путем разрастания базовых структур фильтра с инвагинацией в просвет вен или лимфатических сосудов и их преобразованием в чудесные сети микрососудов.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Тихинькая Н.В.

МБУЗ «Центральная городская больница
г. Пятигорска», Пятигорск,
e-mail: clinfarmacologia@bk.ru

Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДК), как и других заболеваний организма [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,

11, 12, 13], все время совершенствуется и имеет определенные стандарты.

Цель исследования. Определить логику в лечении язвенной болезни.

Материал и методы исследования. Анализ научных исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение ЯБЖДК должно быть этиологическим, патогенетическим, индивидуализированным, дифференцированным, комплексным в зависимости от локализации, типа язвенной болезни, периода обострения или ремиссии, осложнений, возраста больных. Комплексное лечение направлено на устранение нарушений функций нервной, гастродуоденальной систем на разных уровнях, нарушений обмена, лечение осложнений и сопутствующих заболеваний. Предусматривается ликвидация обострения, в первую очередь болевого синдрома, с учетом длительности и интенсивности обострения, предотвращение рецидивов и удлинение периодов ремиссии, а в случае неудачи консервативной терапии выбор метода хирургического лечения. Врачебное сопровождение должно быть регулярным, с использованием трех этапов – стационарного, санаторно-курортного и амбулаторного (поликлиника, диспансер) лечения. При обострении язвенной болезни необходимо стационарное лечение, играющее важную роль в цепи лечебных мероприятий. Фармакотерапия больных ЯБЖДК в настоящее время строится по патогенетическому принципу и предусматривает одновременное или последовательное воздействие на основные патогенетические механизмы болезненного процесса.

Выводы. Этапность в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет наиболее полноценно провести лечение этой патологии.

Список литературы

1. Активность извлечений из травы черноголовки крупноцветковой при гипоксической гипоксии / А.А. Шамилов, А.В. Арлыт, М.Н. Ивашев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013. № 5. С. 132-133.
2. Биологическая активность соединений из растительных источников / М.Н. Ивашев [и др.] // Фундаментальные исследования. 2013. № 10. Ч.7. С. 1482 – 1484.
3. Изучение биологической активности 20% раствора пирасетама / С.А. Рожнова [и др.] // Депонированная рукопись № 1339-B2004 30.07.2004
4. Клиническая фармакология антиаритмических лекарственных средств в обучении студентов / М.Н. Ивашев [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 1. С. 67-70.
5. Клиническая фармакология биотрансформации лекарственных препаратов в образовательном процессе студентов / К.Х. Саркисян [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 8. С. 101-103.
6. Клиническая фармакология глюкокортикоидов / А.В. Арлыт [и др.] // Современные наукоемкие технологии. 2013. № 3. С. 94-95.
7. Клиническая фармакология карбапенемов / А.В. Сергиенко [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013. № 8-3. С. 138.
8. Клиническая фармакология лекарственных средств, для терапии анемий в образовательном процессе / И.А. Са-