

следующие вопросы (Л. Бурбо, 2002): «Какими эпитетами лучше всего охарактеризовать то, что я ощущаю в своём теле в данный момент?»; «Чего мне не позволяет делать эта болезнь?»; «К чему она меня вынуждает?» (каждый ответ на этот вопрос следует начинать с отрицательной частицы «не»); «Если бы я позволил себе реализовать эти желания, как изменилась бы моя жизнь?» (имеются в виду желания, выявленные при ответах на предыдущие вопросы); «Если бы я позволил себе быть..., что страшного или неприемлемого произошло бы в моей жизни?» (вместо многоточия необходимо указать ответ на предыдущий вопрос).

Ответы на эти вопросы, во-первых, покажут отношение человека к другому человеку или ситуации, которые спровоцировали физическую проблему, во-вторых, позволят определить, какие именно желания человека заблокированы, в-третьих, помогут установить глубинную потребность человека, заблокированную какой-то ложной внутренней установкой, и, наконец, дадут возможность выявить установку, которая блокирует человека, его желания и потребность в самореализации, создавая таким образом физическую проблему.

Причинами повышенного кровяного давления могут являться, к примеру, застарелые душевные проблемы человека, требующие решения (Л. Хей, 1998), сверхэмоциональность, бесконечное переживание одних и тех же ситуаций, напоминающих о старых незаживших эмоциональных травмах, склонность драматизировать ситуации (Л. Бурбо, 2002), привычка оценивать других и находить их ошибки (Л. Вилма, 2003).

Человек, как известно, не может изменить своего прошлого, но он может изменить своё представление о нём, свой образ мыслей или действий, свои разрушительные внутренние установки и верования. Обнаружив причину болезни, человеку необходимо перейти к безусловному принятию себя таким, какой он есть, и работать над своим образом мыслей до тех пор, пока он не добьётся необходимых изменений. Врач может помочь физическому телу человека, а исцелить свою психику, проделать всю необходимую внутреннюю работу человек должен сам.

По мнению Л. Хей (1998), для этого человеку необходимо повторить про себя: «Я хочу закончить со стереотипом, который довёл меня до этой болезни». И далее несколько раз повторить новое целостное позитивное утверждение и внушить себе, что он уже на пути к выздоровлению. Для человека с повышенным кровяным давлением она рекомендует следующую аффирмацию: «Я с радостью предаю прошлое забвению. В моей душе царит мир».

В свою очередь, Л. Бурбо (2002) отмечает, что человек с артериальной гипертензией, или

повышенным давлением, не должен считать, что его миссия на этой планете – устроить жизнь всех, кого он любит. Это не значит, что он должен вообще забыть о них и не чувствовать никакой ответственности – ему следует несколько изменить своё понимание слова «ответственность». Это избавит человека от ненужного напряжения, которое мешает ему жить настоящим и радоваться жизни.

Использование подобных вариантов нового психологического настроя, наряду с лекарственным лечением, поможет человеку избавиться от гипертонической болезни, поборов как «корень зла», так и его проявления.

### АНАЛИЗ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

<sup>1,2</sup>Самигуллина Н.В., <sup>1</sup>Файзуллина Р.М.,  
<sup>1,2</sup>Казакова И.В.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Башкирский государственный  
медицинский университет Минздрава РФ», Уфа;  
<sup>2</sup>ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи», Уфа,  
e-mail: nataprof@ua.fm

Бронхиальная астма (БА) – одно из самых распространенных аллергических заболеваний среди детей [1]. Остается открытым вопрос запоздалой диагностики БА у детей, в среднем на 4-5 лет, на уровне первичного звена амбулаторной помощи. До сих пор участковые педиатры редко диагностируют БА, диагноз, как правило, устанавливают аллерголог или пульмонолог зачастую тогда, когда заболевание приобретает уже среднетяжелое и тяжелое течение, что существенно влияет на прогноз и исход БА [2].

Цель исследования: оценка своевременности диагностики БА и анализ проведенного лечения.

Материалы и методы: Нами было проведен анализ амбулаторных карт (форма ф112/у) 96 детей в возрасте от 0 до 15 лет с верифицированным диагнозом – БА, вне обострения, длительностью диспансерного наблюдения не менее 6 месяцев с момента постановки диагноза. Критерием своевременности постановки диагноза являлся срок – не позднее 6 месяцев от начала заболевания. В результате анализа медицинской документации нами была проанализирована разница между возрастом ребенка в дебюте БА, когда диагноз заболевания был очевиден и возрастом фактической его постановки, т. е. срок запаздывания диагноза. Также нами было проведен анализ проведенного лечения детей по поводу БА.

Результаты и их обсуждение: Анализ полученных данных показал, что средний возраст детей составил 11 [8;12] лет. Мальчиков в исследуемой группе детей было 53 (55%), а девочек – 43 (45%). Средняя длительность диспансерно-

го наблюдения с диагнозом БА у аллерголога составила 4 [2;6] лет. По степени тяжести БА распределение пациентов было следующим: интермиттирующее течение отмечено у 37 (39%), легкое персистирующее течение – у 29 (30%); среднетяжелое персистирующее – у 21 (22%); тяжелое персистирующее – у 9 (9%) пациентов. В результате анализа медицинской документации нами было установлено, что своевременно диагноз был поставлен лишь трети пациентов – 32 (33%) ребенка. У 64 детей были определены сроки запаздывания постановки диагноза БА. Диагноз был поставлен в течение 1 года от начала заболевания 7 (7%) пациентам, в срок до 2 лет от начала заболевания диагноз поставлен 11 (11%) детям, запаздывание постановки диагноза до 3 лет от начала БА выявлено у 16 (17%) пациентов, до 4 лет от начала БА – у 18 (19%) пациентов, до 5 лет от начала БА – у 7 (7%) пациентов, до 6 лет от начала БА – у 3 (3%) детей, до 7 лет от начала БА – у 1 (1%) пациента, на 8 лет – не встречалось, на 9 и более лет от начала БА установлено у 1 (1%) ребенка.

При анализе проведенного лечения установлено, что 37 (39%) детям не назначалась базисная терапия, 6 (6%) пациентов принимали

монтелукаст (сингуляр), кромоны применялись в лечении 5 (5%) детей, монотерапия ингаляционными глюкокортикостероидами была назначена 27 (28%) пациентам, 21 (22%) ребенку в качестве базисной терапии использовались комбинированные препараты (ингаляционные глюкокортикостероиды в комбинации с  $\beta_2$  – агонистами пролонгированного действия). Аллергенспецифическая терапия применялась в лечении 39 (41%) пациентов.

Выводы: в 2/3 случаев у детей выявлены случаи поздней диагностики БА сроком от 1 до 9 лет, что ведет к позднему назначению противовоспалительной терапии и увеличивает риск тяжелого течения заболевания. Наиболее часто при лечении детей с БА использовалась монотерапия ингаляционными глюкокортикостероидами.

#### Список литературы

1. Балаболкин, И.И. Актуальные проблемы аллергологии детского возраста на современном этапе // Педиатрия, 2012; 91(3): 69-75.
2. Лапшин В.Ф., Уманец Т.Р. Критерии и сложности диагностики бронхиальной астмы у детей, [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.health-ua.org/archives/health/1697.html> (дата обращения – 16.02.14).

#### «Фундаментальные исследования», Израиль (Тель-Авив), 16-23 октября 2014 г.

##### Медицинские науки

#### ВАРИАНТЫ ПОДКЛЮЧЕНИЯ КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ К СОСУДИСТОМУ РУСЛУ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург,  
e-mail: [deptanatomy@hotmail.com](mailto:deptanatomy@hotmail.com)

Сердечно-сосудистая система – это сеть циркуляционных каналов с собственными клеточными стенками, с которой тесно связаны кроветворные органы: свои секреты они сбрасывают в сосудистое русло, поскольку не имеют выводных протоков. Кроветворные органы представляют собой специализированные придатки (как гипофиз и эпифиз в головном мозге) или, иначе говоря, адаптационные насадки сосудистого русла, корригирующие состояние его стенок и содержимого адекватно состоянию кровоснабжаемых органов и организма в целом. Кроветворные органы «прикрепляются» к круговой кровеносной цепи как параллельные элементы посредством кровеносных сосудов. Лимфатические узлы встроены в линейную лимфатическую цепь как последовательные элементы – сосудистые лимфангионы переходят в нодальные (лимфоидные) лимфангионы и наоборот: лимфоузлы формально разделяют экстраорганный лимфатическое русло на афферентные и эфферентные лимфатические сосуды, но фактически между сосудами находятся лимфатические синусы. Их чудесная лимфа-

тическая сеть погружена в лимфоидную ткань узла с кровеносными микрососудами. Наиболее просто лимфоузел устроен у птиц: лимфоидная муфта окружает центральный лимфатический синус, который напрямую соединяет афферентный и эфферентный лимфатические сосуды. Лимфоузлы образуют функциональные анастомозы лимфатической и кровеносной систем: не прямой переход крови между их сосудами происходит через рыхлую соединительную ткань. Тканевые каналы интегрируют рабочие ткани, кровеносные и лимфатические микрососуды лимфоузлов и других органов в единую циркуляционную систему организма. Тканевые каналы или щели структурно не обособлены (не имеют собственной клеточной стенки). Тканевые каналы организуют межтканевые потоки метаболитов, в т.ч. между кровью и паравазальными тканями. В кроветворных органах, секретами которых являются клетки и макромолекулы (антитела), гемотканевой обмен облегчается истончением и разрыхлением эндотелиальной выстилки специальных микрососудов – лимфатических синусов или венозных синусоидов, а также иными способами (стенки посткапиллярных венул с высоким эндотелием и кисточковых артериол). Различия в подключении кроветворных органов к кровеносному и лимфатическому руслам могут быть обусловлены разным их устройством и / или кровяным давлением.