

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.