

На указанном контингенте авторам удалось показать наличие весомого вклада избыточной МТ и ожирения в повышение жёсткостных свойств сосудов конечностей. В совокупности с нашими результатами полученные данные указывают на несомненную роль метаболического статуса в ремоделировании сосудистой стенки на всём протяжении развития СС континуума в разные возрастные периоды жизни пациентов.

Заключение. Влияние избыточной МТ на сосудистый статус у лиц молодого возраста в значительной степени предопределяется, во-первых, полом, а, во-вторых, уровнем периферического АД. Эти данные целесообразно учитывать при проведении студенческой диспансеризации, которая в последние годы всё шире разворачивается на базах различных вузов РФ, включая СтГМУ [7]. Полученные результаты следует использовать для более дифференцированного формирования групп СС риска с целью проведения более персонализированных профилактических вмешательств среди молодого контингента.

Список литературы

1. Williams B., Lacy P.S. Central aortic pressure and clinical outcomes // *J. Hypertens.* – 2009. – V. 27 (6). – P. 1123-1125.
2. Simon A., Levenson J. May subclinical arterial disease help to better detect and treat high-risk asymptomatic individuals // *Journal of Hypertension.* – 2005; 23: 1939-1945.
3. McGill H., McMahan C. Pathology of Atherosclerosis in Youth and the Cardiovascular Risk Factors. In: *Pediatric Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease.* Eds. R.M. Lauer, T.L. Burns, S.R. Daniels. Oxford 2006; 3:26. 3.
4. Евсеева М.Е., Мирджанян Э.М., Бабунц И.В., Первушин Ю.В. Особенности липидного спектра крови и наследственная отягощённость по сердечно-сосудистым заболеваниям у лиц молодого возраста в зависимости от уровня здоровья // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2005. – Т. 4; № 6-2. – С. 77-81.
5. Laurent S., Cockcroft J., Van Bortel L. et al. Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications. *Eur Heart J* 2006; 27 (21): 2588-2605.
6. Шаваров А.А., Киякбаев Г.К., Кобалава Ж.Д. Центральное давление и артериальная жёсткость у больных стабильной стенокардией и артериальной гипертензией без систолической дисфункцией левого желудочка: эффекты атенолола и ивабродина // *Сердечная недостаточность.* 2015. – Т. 16, №3 – С. 179 – 186.
7. Евсеева М.Е., Кошель В.И., Ерёмин М.В., Галькова И.Ю., Русиди А.В., Чудновский Е.В., Коробова Е.Ю., Францева В.О. Скрининг ресурсов здоровья студентов и формирование внутривузовской профилактической среды: клинические, образовательные и воспитательно-педагогические аспекты // *Медицинский вестник Северного Кавказа.* 2015. – Т. 10; № 1 (37) – С. 64-69.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Жеребилов В.В., Николаев Н.А.,
Скирденко Ю.П., Землянов А.В., Ульбашев Д.С.
ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава РФ, Омск,
e-mail: niknik.67@mail.ru

Несмотря на достигнутые в последнее время успехи в профилактике и лечении стабиль-

ной стенокардии, оптимизация терапии при этом заболевании остается одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. Многочисленные клинические исследования показывают, что одним из важнейших факторов, влияющих на результат терапии, является приверженность больного к лечению. Этот фактор изучался в проспективном многоуровневом исследовании с использованием валидизированного специализированного опросника по Николаеву Н.А. (2015), позволяющего определить степень приверженности к модификации образа жизни (EUWL), лекарственной терапии (EMT), медицинского и социального обслуживания (EMS) и рассчитать интегральный индекс приверженности к лечению (IEET). Интерпретация индексов: 1-1,99 балла – высокая ожидаемая эффективность вмешательства; 2-3,99 балла – удовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства; 4 и более баллов – неудовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства. В исследовании участвовало 152 больных стабильной стенокардией II и III функциональных классов, стратифицированных по полу (75 мужчин и 77 женщин) в возрасте от 46 лет и старше (средний возраст 64,7 года, медиана 63 года). Высокая интегральная приверженность к лечению выявлена у 69,7% больных, тогда как у 1,9% больных она является неудовлетворительной. Интегральная приверженность к лечению оказалась различной у мужчин и женщин: если у женщин в 85,3% прогнозировалась высокая эффективность лечения, то у мужчин этот уровень был достигнут только у 50%, а 45,5% имели удовлетворительную приверженность к лечению. Женщины продемонстрировали большую готовность к модификации образа жизни (78,5%), лекарственной терапии (87,5%) и медицинскому сопровождению (84,3%), чем мужчины (высокая приверженность к модификации образа жизни у 45,4%, лекарственной терапии у 59,1%, врачебному сопровождению у 59,3%). По нашему мнению, полученные результаты являются существенными, поскольку демонстрируют, что у 30% больных стабильной стенокардией недостаточный контроль над этим заболеванием, а, соответственно, и риск развития осложнений, могут быть обусловлены, в том числе, и недостаточной приверженностью к лечению.

АНАЛИЗ СПОРНЫХ ВОПРОСОВ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОКОНИОЗА И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Махонько М.Н.
ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов,
e-mail: marphed@yandex.ru

В настоящее время до сих пор профпатологам часто приходится проводить дифференциальную

диагностику между пневмокониозами (ПЗ), особенно силикозом, и туберкулезом легких (ТЛ). В клинику профпатологии и гематологии Саратовского ГМУ часто попадают пациенты с подозрением на диссеминированное заболевание легких (ДЗЛ), в первую очередь на ПЗ, после прохождения лечения в противотуберкулезном диспансере. Это объясняют тем, что при незнании профессионального анамнеза и отсутствии ТЛ сложно распознать ПЗ. Также в нашем учреждении лечатся больные с установленным диагнозом силикотуберкулеза, прогноз которого в основном зависит от формы ТЛ.

ПЗ – это группа хронических профессиональных заболеваний легких, обусловленных длительным вдыханием производственной пыли и характеризующихся склеротическими изменениями легочной ткани. Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза, которое характеризуется развитием в органах и тканях (преимущественно в легких) специфических воспалительных гранулем и полиморфной клинической картиной [3]. ТЛ – одно из наиболее древних и распространенных заболеваний, являющихся социальным бедствием и проблемой. Работами многих авторов выявлено, что в настоящий момент данной патологией болеют социально активные, обеспеченные, а не только неблагополучные люди.

В ряде публикаций установлено, что особенно клинического течения конкретного ПЗ без синдрома интоксикации, рентгенологической картины и локализации рентгенологических изменений, обнаружение в биосубстрате частиц пыли угля, асбестовых телец и других элементов производственной среды, отрицательные результаты туберкулиновых проб, отсутствие ответа на химиотерапию помогают в дифференциальной диагностике с ТЛ. Хотя некоторые ученые отмечают, что положительные туберкулиновые пробы часто бывают при неосложненном силикозе. В данном вопросе важен тщательный сбор профессионального, эпидемиологического анамнезов, анамнеза жизни (контакт с вредным пылевым фактором производства, контакт с туберкулезным больным, характер и длительность контакта, условия быта). При подозрении на туберкулез проводят неоднократный посев мокроты, мочи, промывных вод из бронхов или при повторных бронхологических исследованиях выполняют биопсию легкого [1]. Диагностический алгоритм при работе с больными ДЗЛ должен состоять из трех обязательных компонентов: тщательное исследование анамнеза и клинической симптоматики заболевания; проведение компьютерной томограммы (КТ); исследование биопсийного материала [4]. Клиницистами определено, что окончательный диагноз ПЗ устанавливают на основании нескольких диагностических кри-

териев: данных профессионального анамнеза; оценки запыленности рабочей зоны; рентгенологической картины на момент обследования и в динамике за несколько лет; показателей функции внешнего дыхания [2]. Большое количество специалистов в отечественной и зарубежной литературе подчеркивают, что у пациентов с силикозом нарушение крово- и лимфообращения в легких, напряжение регуляторных процессов, функциональная неполноценность В-системы иммунитета предрасполагают к развитию у них ТЛ. В приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 27.04.2012 года № 417н «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний» включены пневмокониозы, осложненные туберкулезом: силикотуберкулез, кониотуберкулез, антракосиликотуберкулез (J 65 – код заболевания по МКБ-10). Значительное внимание уделяется сходству клинико-рентгенологических данных, близости морфологических характеристик, иммунологических сдвигов, сочетанию силикоза и туберкулеза, их тесной взаимосвязи, являющихся источником изучения многих исследований и серьезных затруднений при проведении дифференциальной диагностики. Известно, что темпы развития, течение, прогрессирование ПЗ зависят от гигиенических условий труда, быта, реактивности организма, сопутствующей патологии и осложнений.

Таким образом, вопросы дифференциальной диагностики ПЗ и ТЛ продолжают решаться с учетом профмаршрута, санитарно-гигиенической характеристики рабочего места конкретного пациента, анамнеза жизни, эпидемиологического анамнеза, клинических, физикальных, рентгенологических и биопсийных материалов. Дифференциальной диагностике ДЗЛ, особенно ПЗ, помогают: особенности клинической картины; анамнестические данные (профанамнез); показатели объективного обследования; данные лабораторного, функционального, инструментального (рентгенография, КТ, биопсия легочной ткани), физикального исследований; сведения консультаций узких специалистов; данные документов: копии трудовой книжки, санитарно-гигиенической характеристики условий труда, выписки из медицинских карт амбулаторного и стационарного больного, карты прохождения предварительных и периодических медицинских осмотров [2]. В профилактике ПЗ и ТЛ на сегодняшний день по-прежнему главными задачами являются улучшение медицинского обслуживания и условий труда, быта лиц, использование средств индивидуальной защиты, качественное проведение медицинских осмотров, присутствие хорошего питания, соблюдение правил личной гигиены, наличие чистоты, света и свежего воздуха.

Список литературы

1. Дифференциальный диагноз / Эндриу Т. Рэфтэри, Эрик Лим; пер с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 290.

2. Махонько М.Н., Зайцева М.Р., Шелехова Т.В., Курносоев С.В. Клинический случай этапов диагностического поиска профессионального заболевания легких. Материалы XI международной научно-практической конференции «Наука и технологии: шаг в будущее – 2015». – 27.02.2015-05.03.2015 г. – Сб. науч. трудов. – Чехия (Прага). – Том 14. – С. 31-41.

3. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: Рук. для практикующих врачей / А.Г. Чучалин, С.Н. Авдеев, В.В. Архипов, С.Л. Бабаков и др. Под общ. ред. А.Г. Чучалина. – М.: Литтерра, 2004. – 874 с. – (Рациональная фармакотерапия: Сер. рук. для практикующих врачей; Т. 5).

4. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика диссеминированных заболеваний легких неопухоловой природы ДОСХ. – РМЖ. – 2001. – № 21. – С. 919-922.

ПРОГНОЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Николаев Н.А., Скирденко Ю.П.,
Жеребилов В.В.

ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава РФ, Омск,
e-mail: niknik.67@mail.ru

Многочисленные клинические исследования в гипертензиологии демонстрируют, что одним из важных факторов, влияющих на результат терапии, является отношение больного к этому результату. Для разработки системы оценки прогноза и приверженности больных артериальной гипертензией (АГ) к лечению было выполнено циркулярное многоуровневое исследование, в ходе которого установлено, что индивидуальные особенности приверженности к лечению у больных АГ могут быть выявлены, количественно оценены и использованы для прогноза и мониторинга эффективности лечения. При этом, приверженность пациента к постоянной лекарственной терапии и ожидаемая эффективность лечения прогнозируемы. Для прогноза разработан опросник, включающий вопросы, позволяющие определить важность для пациента связанных с болезнью проблем: модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинского и социального обслуживания, а также степень приверженности пациента к лечению. На основании полученных значений вычисляют синтетические индексы ожидаемой эффективности: индекс эффективности модификации образа жизни (EUWL), индекс эффективности лекарственной терапии (EMT) и индекс эффективности врачебного сопровождения (EMS), а также интегральный индекс ожидаемой эффективности лечения (IEET). Интерпретация индексов: 1-1,99 балла – высокая ожидаемая эффективность вмешательства; 2-3,99 балла – удовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства; 4 и более баллов – неудовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства. Разработанная технология реализована в виде программ для ЭВМ (Свидетельство № 2015619607, Свидетельство № 2015617159 РФ). Предложенная система спо-

собна существенно облегчить практическую деятельность врача при лечении больных АГ и улучшить как текущий и отдаленный результат лечения, так и успех терапии в целом. Мы рекомендуем при оказании медицинской помощи больным АГ, при первом врачебном контакте для выбора терапевтической стратегии как в государственной системе здравоохранения, так и в частном секторе медицины, использовать разработанную систему прогноза приверженности к антигипертензивной терапии.

РАЗМЕРЫ, ФОРМА И ТОПОГРАФИЯ ПЕЧЕНИ ДО РОЖДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

Российская академия естественных наук, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Печень взрослого человека находится в верхнем этаже брюшной полости, имеет клиновидную форму, толщина постепенно уменьшается по направлению к левой доле. Длина (l) достигает 25-30 см, ширина (s) – 15-20 см, высота (h) – 9-14 см (Максименков А.Н. и др., 1972). По этим данным я вычислил относительные параметры печени: $s/l = 0,6-0,66$; $h/l = 0,38-0,47$. А.П.Шапкин (1966) предложил следующую классификацию индивидуальных форм печени: 1) широкая ($l \approx s$); 2) продолговатая или узкая ($l > s$ на $1/3$ и более); 3) треугольная; 4) неправильная (большие перетяжки между долями). Я изучил форму и топографию печени у 250 эмбрионов и плодов человека 4-28 нед., в т.ч. путем препарирования, начиная с 5,5 нед.

У зародышей человека печень в проекции на переднюю брюшную стенку находится в следующих отделах брюшной полости: 4 нед. – верхняя $1/3$ (дефинитивное состояние); 5 нед. – верхняя $1/2$; 7 нед. – почти на всю высоту, особенно справа; 12 нед. – верхние $2/3$; 5 мес. – верхняя $1/2$ (нижний край правой доли немного ниже); 7 мес. – верхняя $1/2$. У эмбриона 4 нед. печень имеет: 1) относительные размеры, как у взрослого человека: $s/l = 0,64$; $h/l = 0,46$, 2) продолговатую форму, причем равномерно высокую. На протяжении 2-го мес. печень растет очень неравномерно: на 5-й нед. быстрее увеличиваются ее сагиттальный и вертикальный размеры (s, h), на 6-й нед. – s, на 7-й нед. – h, на 8-й нед. рост органа становится более равномерным. В эмбриогенезе наиболее значительно возрастает h печени, особенно ее правой доли (в 17,6 раза), менее всего – l (в 8,1 раза). Печень приобретает округлую форму, поскольку ее h/l уже на 7-й нед. равна 1, а на 8-й нед. ее s/l достигает 0,92. Левая доля органа отстает в росте от его правой доли, особенно заметно во второй половине утробной жизни человека, когда печень начинает приобретать клиновидные очертания. У плодов человека ее s/l постепенно уменьшается, но в целом орган остается широ-