

2. Махонько М.Н., Зайцева М.Р., Шелехова Т.В., Курносков 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 неопухолевой природы DOСХ. – 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 вычисляются 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 естествознания, 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-