

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. Бабак 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 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-

ким, хотя все более асимметричным: h левой доли уменьшается более, чем на 1/3 относительно h правой доли. У плодов 7 мес форма печени человека становится почти продолговатой, но с клиновидной скошенностью на левой стороне.

Закключение. У эмбрионов интенсивно растущая печень заполняет брюшную полость и округляется. У плодов темпы роста печени замедляются, ее форма и топография почти возвращаются к исходному состоянию, но орган становится все более асимметричным.

МУТАЦИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЖИТЕЛЕЙ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ С НАРУШЕНИЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Скирденко Ю.П., Шустов А.В., Новиков Д.Г.,
Индутный А.В., Самусева Н.Л.,
Жеребилов В.В., Николаев Н.А.

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

Главным ферментом биотрансформации варфарина является цитохром P450 2C9 (ген CYP2C9). Изменение его активности под действием различных факторов, прежде всего генетических, приводит к клинически значимым изменениям концентрации препаратов. Варфарин действует, подавляя активность субъединицы 1 филлохинон-эпоксидредуктазного комплекса, кодируемой геном VKORC1. Носительство полиморфных аллелей этого гена приводит к понижению активности фермента филлохинон-эпоксидредуктазы, что выражается в более низкой дозе варфарина, требующейся для достижения безопасной гипокоагуляции. Нами изучена встречаемость мутаций генов CYP2C9 и VKORC1 у больных мерцательной аритмией. Носительство полиморфных аллелей гена CYP2C9 у мужчин регистрировалось в 39,3% случаев, у женщин – в 38,2% случаев, а в целом по выборке в 38,7% случаев. Носительство полиморфных аллелей гена VKORC1 было зарегистрировано у 100% мужчин, и в 97,1% случаев у женщин, составляя в целом по выборке 97,8%. Таким образом, носительство полиморфных аллелей генов CYP2C9 и VKORC1 у обследованных больных мерцательной аритмией оказалось крайне распространённым вне зависимости от их пола. Полиморфизм гена VKORC1 встречался более чем в 2 раза чаще, чем полиморфизм гена CYP2C9 (Mann-Whitney U test; $Z=3,24409$; $p=0,0001$). Более чем 40% участников исследования одновременно являлись носителями мутаций обоих генов, что, по нашему мнению, имеет существенное значение, поскольку свидетельствует о высоком популяционном риске геморрагических осложнений. Это, в свою очередь, делает обоснованным выполнение фармакогенетического теста в качестве обязательного метода обоснования выбора и модификации антикоагулянтной те-

рапии у пациентов с мерцательной аритмией, проживающих на территории Омской области. При невозможности оценки полиморфизма генов VKORC1 и CYP2C9, терапию следует проводить средствами, не метаболизирующимися в системе P450 2C9 и не взаимодействующими с филлохинон-эпоксидредуктазой (прямыми ингибиторами тромбина, либо прямыми ингибиторами Ха фактора свертывания).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ ФОНЕТИКО- ФОНЕМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Судиловская Н.Н., Бобкова С.С.,

*Смоленский государственный университет,
Смоленск, e-mail: Sergej.Sudilovskiy@ppdi.com*

Актуальность. Установлено, что начальное обучение ребенка служит фундаментом его дальнейшего образования, базой духовного роста и развития человека. В силу особенностей нашего времени и особенностей развития детей: пятилетний возраст рассматривается специалистами как наиболее благоприятный период для овладения иностранным языком, а психологи отмечают прочность запоминания языкового материала в этом возрасте – иностранный язык становится одним из предметов, который способен обогатить начальное образование.

В тоже время установлено, что с одной стороны в дошкольном возрасте наиболее часто регистрируются фонетико-фонематические нарушения речи (ФФНР) т.е. нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем, с другой – сензитивность детей этого возраста к восприятию и воспроизведению речи можно развить, корректировать и сохранить гибкость речевого аппарата для формирования и совершенствования речевой способности человека в течении всей его жизни.

Кроме того, при анализе литературы по данной проблеме выявлено, что английская артикуляция характеризуется следующими особенностями: – выдыхаемый воздух подается краткими отрывистыми порциями в отличие от русской плавной, напевной манеры произношения; – язык больше оттянут назад, его спинка распластана, кончик языка при произнесении согласных звуков располагается вертикально к плоскости нёба, в отличие от русской манеры артикуляции, когда он прилегает к зубам всей передней частью; – верхняя губа слегка растянута, как при улыбке, углы губ неподвижны, губы не выпячиваются и сильно не округляются, как в русском языке.

Особенностями произношения в русском и английском языках являются: – при произне-