

ственно; нормосистолии достигли 91,1 % и 90 % соответственно, нормализации и стабилизации артериального давления достигли 91,1 % и 90 % соответственно, улучшение клинического состояния с ФК II до ФК I у 76,5 % и 80 % соответственно. Повторных госпитализаций, летальных исходов за время исследования в обеих группах не наблюдалось.

Таким образом, в ходе исследования была оценена эффективность второго этапа реабилитации пациентов с Q-образующим и не Q-образующим инфарктом миокарда. Представленные результаты позволяют говорить о достижении основных целей реабилитации на данном этапе – психологическая переориентация на выздоровление, стимуляция компенсации нарушенных функций до возможности для пациента участвовать в реабилитационных мероприятиях третьего этапа в амбулаторных условиях, а также постепенное восстановление физической работоспособности.

Список литературы

1. Аронов Д.М. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика. Российские клинические рекомендации. – М.: МЗ РФ, 2014.
2. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Погосова Г.В. Постстационарный этап реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Сердце – 2005. – Том 4 №2 – С.103–107.
3. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 2002. – №5. – С.92–94.
4. Богачевская С.А., Бондарь В.Ю., Капитоненко Н.А., Богачевский А.Н. Эпидемиология болезней системы кровообращения, требующих применения высокотехнологичных видов медицинской помощи, в Российской Федерации за последние 10 лет: статистические «пробелы» // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С.112–116.
5. Бородин Л.М., Шалаев С.В., Тейффенберг Д.В. Влияние физических тренировок на функциональное состояние миокарда у больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. – 1999. – №6. – С. 15–17.
6. Рыжикова И.Б., Погосова Н.В., Колтунов И.Е. и соавт. Оценка эффективности вторичной профилактики у больных, перенесших острые коронарные синдромы на отдаленном этапе // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 7. – С. 59–63.
7. Чумакова Г.А., Киселева Е.В., Чурсина В.И., Лычев В.Г. Влияние физических тренировок различной интенсивности на постинфарктное ремоделирование и функцию левого желудочка // Кардиология. – 2003. – №2. – С.71–72.
8. Granger C.B., Goldberg R.J., Dabbous O. Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events // Arch Intern Med – 2003. – Vol. 163. – P. 2345–2353.
9. Meyer K., Samek L., Schwaibold M. Physical response to different modes of interval exercise in patients with chronic heart failure – application to exercise training // Eur. Heart J. – 1996. – Vol. – 17. – P. 1040–1047.

АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ОКАЗАНИЯ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЛИНИКЕ ПРОФПАТОЛОГИИ

Махонько М.Н., Шелехова Т.В., Курносов С.В.

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

Профпатология – раздел клинической медицины, анализ современного состояния теории

и практики которого о структуре профессиональных заболеваний, об условиях работы и частоте выявления их в различных отраслях промышленности показывает, что сроки развития данных заболеваний зависят от уровня воздействия вредностей, профессии, стажа работы в производственных условиях, а также дополнительных производственных факторов риска (возраст). Профессиональная заболеваемость – базовый показатель условий труда и качества здоровья работников «вредных» производств. Известно, что основными причинами возникновения профессиональных заболеваний являются несовершенство техники, конструктивные недостатки машин, нерациональная организация рабочих мест, несоответствие условий труда санитарно-гигиеническим требованиям. Клиника профпатологии и гематологии имени В.Я. Шустова СГМУ является одним из ведущих медицинских учреждений, осуществляющих диагностическую, консультативную, экспертную, реабилитационную и профилактическую деятельность, проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (ППМО). Общее число профессиональных больных, состоящих на учете в клинике в 2015 году – 1823 человека, из них 609 женщин. В 2015 году в клинике диагнозы профессионального заболевания по промышленным предприятиям г. Саратова, Саратовской области и других регионов РФ впервые установлен у 58 человек. Анализ показал, что среди хронических профессиональных заболеваний на первом месте, как и в предыдущие годы, стоят заболевания от воздействия физических факторов (вибрация, шум). Вибрационная болезнь выявлена у 16 пациентов, из них у 1 женщины; двухсторонняя нейросенсорная тугоухость – у 34 больных, в том числе у 2 женщин. На втором месте находятся заболевания органов дыхания, на третьем – патология опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы. В клинике диагностированы: профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких у 2 пациенток, силикоз – у 1 мужчины, пневмокониоз от смешанной пыли – у 1 больной, хронический субатрофический ринофаринголарингит определен у 2 женщин. Вегетативно-сенсорная полинейропатия верхних конечностей зарегистрирована у 1 пациентки, хроническая двусторонняя люмбагия – у 1 больной. 33 пациента являются работниками предприятий г. Саратова, из них – 7 работниц-женщин. 25 больных – трудящимися производств Саратовской области и других регионов РФ, из них – 3 женщины. В 2015 году в клинике было пролечено 640 профессиональных больных. С вибрационной болезнью прошли лечение – 233 человека, с двусторонней нейросенсорной тугоухостью – 120, хроническим пылевым бронхитом – 52, хроническим токсическим бронхитом – 15, пневмокониозом от разных видов пылей и аэро-

золей – 39, силикозом – 6, профессиональной бронхиальной астмой – 5, хроническим субатрофическим ринофаринголарингитом – 3, пояснично-крестцовой радикулопатией – 79, вегетативно-сенсорной полинейропатией верхних конечностей – 15, плече-лопаточным периартрозом – 3 пациента. Также находились на лечении больные с профессиональными хроническими интоксикациями: сероуглеродной и марганцевой интоксикациями – 63, интоксикацией свинцом – 3, интоксикацией комплексом химических веществ – 2, интоксикацией этилированным бензином – 1, интоксикацией цианидами – 1 человек.

К сожалению, продолжает оставаться актуальной проблема позднего направления лиц, работающих во вредных условиях труда, для решения экспертных вопросов связи заболевания с профессией. Профпатологами клиники проводятся выходы и выезды на промышленные предприятия и поликлиники г. Саратова, Саратовской области с целью проверки качества проведения осмотров рабочих вредных профессий, выявления стажированных работников для стационарного обследования и ранних форм профессиональных заболеваний [1, 2]. Несмотря на большой охват медосмотрами, удельный вес профессиональных заболеваний, выявленных при профосмотрах у работников, остается низким. Достаточный процент случаев профессиональных заболеваний устанавливаются при непосредственном самостоятельном активном обращении за медицинской помощью, при направлении пациентов из поликлиник, из стационаров других профилей. Реальные цифры профессиональных заболеваний, скорее, превосходят установленные в клинике, так как по статистике 10% профзаболеваний не диагностируются и не поддаются официальной статистической обработке. Работники «вредных» производств боятся потерять работу из-за профосмотров, так как в ходе их проведения могут выявиться признаки профзаболеваний. Работодатель по закону обязан перевести трудящегося на другое место вне контакта с вредными факторами. Подобных вакансий может не быть или заработная плата будет ниже. Качественное проведение ППМО, предварительная диагностика профессиональных заболеваний в их ходе, выявление ранних признаков воздействия производственных факторов, динамическое квалифицированное наблюдение врачами за состоянием здоровья рабочих, занятых во всех отраслях промышленности, экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза трудоспособности, лечение и реабилитация трудящихся, лежит в основе работы нашей клиники. Для совершенствования оказания профпатологической помощи целесообразно расширять возможности клиники по профилактике, лечению, реабилитации работающих лиц, что может способствовать снижению профзаболеваемости.

Список литературы

1. Махонько М.Н., Шкробова Н.В. Периодические медицинские осмотры у работников современного производства // Актуальные проблемы гигиенической оценки и управления рисками здоровью сельского населения и работников сельского хозяйства: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, 16-17 ноября 2011 г., Саратов / Под ред. проф. В.Ф. Спирина. – Саратов: ООО «Новый цвет», 2011. – С. 15-17.

2. Махонько М.Н., Зайцева М.Р., Шкробова Н.В., Шелехова Т.В. Проведение медицинских осмотров работников в условиях современного законодательства (приказы №302н, 233н МЗ и СР РФ) // Материалы XVI Международной научной конференции «Здоровье семьи – XXI век», г. Будапешт (Венгрия), 27 апреля-04 мая 2012 г. – 2012. – С. 21-23.

РАЗДЕЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ НА ДОЛИ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

*Российская Академия Естествознания,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Печень разделяется на 4 доли бороздами на ее висцеральной поверхности. В литературе описано много вариантов строения этих борозд, включая разную ширину и глубину, перерыв «мостиками» печеночной ткани и превращение в каналы (Максименков А.Н. и др., 1972). Развитие печени я изучил на 200 зародышах человека 4-20 нед, в т.ч. путем препарирования.

Разделение печени на доли начинается в конце 4-й – начале 5-й нед эмбриогенеза: 1) желчный пузырь, пупочная вена и венозный проток пересекают нижнюю поверхность печени, прилегая к ней; 2) правая часть печени вырастает в корень дорсальной брыжейки пищеводно-желудочного сегмента передней кишки, что приводит к закладке хвостатой доли; 3) подпеченочная система желточных вен и их анастомозов преобразуется в примитивную воротную вену. Последней намечается правая граница хвостатой доли печени: на 5-й нед удлиняется печеночный отрезок примитивной полой вены в сети печеночных синусоидов с образованием широкой, но неглубокой борозды полой вены. На 6-й нед явно преобладают ventральный рост, увеличение сагиттального размера и висцеральной поверхности печени, ее ворота удаляются от задней целомической стенки и правой субкардинальной вены. Поэтому надпочечниковый (субкардинальный) отрезок нижней полой вены теряет контакт с печенью, борозда полой вены обрывается, а хвостатый отросток печени сохраняется. На 7-й нед резко ускоряется вертикальный рост печени. Она охватывает сбоков, а также спереди и сзади желудок, двенадцатиперстную кишку и поджелудочную железу, со всех сторон – печеночную артерию, воротную вену и ее ветви, общий печеночный и общий желчный протоки. Венозный синус печени, пупочная вена, венозный проток, полая вена и желчный пузырь глубоко погружаются в печень, местами – целиком. Средние доли печени сужены и вогнуты. Портальный край хвостатой