

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 Естественных Наук,
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 врастает 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

доли имеет вид желоба с воротной веной, печеночной артерией и общим желчным протоком, который разделяет сосочковый и хвостатый отростки печени. Борозда полой вены оказывается на медиальном крае широкой ямки правого надпочечника, а на дорсальном крае превращается в канал, как и борозда пупочной вены около квадратной доли, которая соединяется с правой долей печеночным «мостиком» над дном желчного пузыря. Эти и другие деформации висцеральной поверхности печени обычно исчезают у плодов в связи с замедлением роста и относительным уменьшением печени.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО В СТЕНКЕ И В БРЫЖЕЙКЕ ТОНКОЙ КИШКИ

Петренко В.М.

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

Брыжейка – плоскостной, двухмерный орган с относительно простым строением. Ее микроциркуляторное русло (МЦР) имеет сетевидную организацию с локальными деформациями, включая растяжения и разрывы петель сети. МЦР внутренних органов, в частности стенки тонкой кишки, отличается трехмерностью архитектуры, большей емкостью и множественными деформациями, что обусловлено многослойностью кишечной стенки и морфогенезом множества интраорганных структур, например, кишечных ворсинок и желез. В любом случае, в МЦР определяются базальные сети наиболее крупных артериол и венул. Их петли образуют контуры микрорайонов МЦР. На их территории терминальные артериолы распадаются на сети

капилляров, вступающих в тесные взаимоотношения с окружающими тканями. В этих метаболических блоках МЦР происходит гемотканевый метаболизм – основа жизни человека и животных. В кишечной стенке сосудистое русло приобретает гораздо более сложное строение, чем в брыжейке: 1) ярко выраженное многослойное, адекватное оболочкам и слоям кишечной стенки, причем кровеносное русло располагается поверхностнее (ближе к эпителию), чем лимфатическое; 2) синцитиальное, поскольку в плотном окружении мышечных слоев петли базальных сетей МЦР (и всего интраоргального сосудистого русла) «сжимаются», из петель «выдавливаются» модули, сети капилляров и сплетения собирательных венул. Они сливаются в полиморфные надстройки базальных сетей МЦР с образованием его сложных микрорайонов. Особенно значительные деформации и сложные конструкции микрорайонов МЦР определяются около скоплений рабочих структур органа (мышечные пучки, железы, кишечные ворсинки). Лимфатическое русло как коллатераль венозного русла повторяет его морфогенетические движения в стенке тонкой кишки и в целом имеет черты циркулярно-радиальной организации: 1) циркулярные сети лимфатических капилляров (ЛК) и посткапилляров (ЛПК – отводящие лимфатические сосуды LC I-II порядков) в оболочках; 2) радиальные ЛК и ЛПК соединяют сети ЛК и сплетения ЛПК в пределах одной (собственная пластинка слизистой и подслизистая основа) или двух смежных оболочек; 3) радиальные коллекторные ЛС (отводящие ЛС III-IV порядков) имеют мышечную оболочку, соединяют циркулярные сплетения ЛПК и ЛС I порядка подслизистой основы и субсерозного слоя и продолжают в экстраорганные ЛС.

«Фундаментальные исследования»,

Чехия (Прага), 10–16 мая 2016 г.

Медицинские науки

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕМНЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ВОДИТЕЛЯМИ И Пассажирами, ПОСТРАДАВШИМИ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Базанов С.В.

*Территориальный центр медицины катастроф
Ивановской области, Иваново,
e-mail: tcmkio@rambler.ru*

Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) является одной из основных проблем здравоохранения в Ивановской области [1]. В результате гибели пострадавших в ДТП наносится значительный социально-экономический ущерб, сопоставимый с региональными затратами на развитие здравоохранения [2]. Использование ремней безопасности водителями

и пассажирами транспортных средств является одним из основных факторов риска получения в ДТП тяжелых, зачастую фатальных травм. С 2011 по 2015 годы ГКУЗ ИО «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области» (ТЦМК) проводил оперативный мониторинг и анализ использования ремней безопасности водителями и пассажирами автотранспортных средств, пострадавших в результате ДТП. Информация обо всех ДТП с пострадавшими направлялась в ТЦМК ежемесячно учреждениями здравоохранения Ивановской области, оказывающими скорую медицинскую помощь. Помимо стандартной информации общего и медицинского характера, включавшей место, время, тип ДТП, возраст, пол пострадавших, диагноз, степень тяжести, СМП предоставляли данные о категории участника дорожного движения, а также использовании водителями