

паратом, относящихся к людям старше 15 лет, и все они имели дисперсную форму организации указанной цепи, причем ЛДТ не было, а ЛМТ:ЛБТ = 1:1. На этих 6 препаратах также регистрировались цистерны: ЦПС – 1, ЦГП – 5, в сочетании с СПС – 5.

Д.А. Жданов писал, что обнаружил цистерны ПС и ГП у 20 взрослых людей (в выборке – 19). Я изучил протоколы Д.А. Жданова и оказалось, что ГП и его корни были изучены только у 15 людей старше 15 лет (26–62 лет), у которых НОГП имел следующие характеристики:

- 1) ПСПС – 3 случая (20%), в т.ч. 2 ЛДТ, мужчина и женщина, и 1 ЛБТ, женщина (2:1);
- 2) СПС (широко- и узкопетлистое) – 2 препарата (13,3%), оба ЛМТ, мужчина и женщина;
- 3) ЦПС, в сочетании с широкопетлистым СПС – 1 мужчина (6,7%), ЛМТ;
- 4) ЦГП – 9 случаев (60%), из них 8 (88,9%) – в сочетании с СПС, широкопетлистым (3/4) или узкопетлистым (1/4), встречалась у женщин и ЛБТ в 1,5 раза чаще, чем у мужчин и ЛМТ.

Материалы Д.А. Жданова в его и моем изложении свидетельствуют, что дисперсия ЛР (число, протяженность, разветвленность и растяжения сосудов в виде цистерны) нарастает в ряду: ЛДТ → ЛМТ → ЛБТ. Вероятно, не стоит жестко привязывать 1 из 3 форм НОГП к 1 из 3 типов общей конституции, скорее дело в степени расширения ЛР. По моим наблюдениям у плодов человека (1993, 1995) и судя по рисункам Д.А. Жданова, дисперсия поясничных лимфоузлов растет в ином направлении: как и ПСПС, она должна быть характерна для ЛДТ.

Неустойчивость связи конструкции ЛР с типом телосложения человека можно объяснить следующими причинами:

- 1) ограниченность изученного материала, особенно для подгрупп с ЦПС, СПС и ПСПС;
- 2) широкие индивидуальные вариации в развитии человека (генотип → фенотип) и его лимфатической системы, что обусловлено множеством факторов, включая наследственность и среду ее реализации – внутреннюю и внешнюю среду развивающегося организма;
- 3) возрастные изменения, особенно у плодов и детей, пожилых людей и стариков;
- 4) несовершенство известных классификаций типов конституций и соматотипов человека, методик их определения.

Типы конституции лимфатической системы и не разрабатывались. Хотя уже давно предлагали различать типы кровеносного русла – магистральный, более совершенный и характерный для дефинитивных артерий, и рассыпной, как у эмбрионов (Шевкуненко В.Н., Геселевич А.М., 1935); лепто- и эвриреальный – узкая и широкая области ветвления сосудов с интенсивным и замедленным метаболизмом (Касаткин С.Н., 1964).

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Позднякова О.Ю.

*Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, e-mail: Oxana\_stav@mail.ru*

**Цель:** исследование распространенности сочетания бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), особенностей клинических проявлений, возможностей диагностики и лечения пациентов с этими заболеваниями в условиях поликлиники.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ частоты встречаемости БА и ХОБЛ у 120 пациентов, наблюдавшихся в поликлиниках г. Ставрополя с диагнозом БА. Изучены особенности клинических проявлений, диагностика и лечение этой категории пациентов. В исследовании использовались следующие методы: клинический, рентгенография органов грудной полости, электрокардиография, спирография, тест с бронходилататорами.

**Результаты.** Анализ течения БА у 120 амбулаторных пациентов показал, что экзогенную аллергическую форму заболевания имели 21,3% пациента, эндогенную неаллергическую – 5,3% и смешанную – 73,3%. Легкая персистирующая степень тяжести БА наблюдалась у 8%, средне-тяжелая персистирующая – у 92%. Контролируемую БА имели 16,6% пациентов, частично контролируемую – 55,3%, неконтролируемую БА – 28,1%. У 42,7% пациентов БА сочеталась с ХОБЛ. Были сформированы разные группы больных БА легкой и среднетяжелой степенью в зависимости от сочетания ХОБЛ II-III стадий. За пациентами осуществлялось наблюдение в течение двух лет. Ретроспективный анализ течения заболевания у этих больных выявил следующие особенности. При сочетании БА легкой степени с ХОБЛ II стадии у 2/3 у больных дебютировала БА, а у 1/3 – ХОБЛ. В группе пациентов БА средней степени тяжести и ХОБЛ II стадии дебют БА или ХОБЛ происходил примерно у одинакового количества больных. Большинство больных этой группы базисную терапию БА стали получать в среднем через 10–15 лет после появления клинической симптоматики БА. Анализ факторов риска у этих больных установил, что сочетание БА и ХОБЛ чаще всего происходит при суммации нескольких факторов риска. Наиболее частым сочетанием явилось курение, частые простудные заболевания и наследственная предрасположенность. Симптоматика при сочетании БА и ХОБЛ модифицировалась различно в зависимости от тяжести сочетающихся болезней. Так, у пациентов легкой БА при присоединении ХОБЛ II стадии в четыре раза усилился кашель, в три раза воз-

росла одышка, которая приобрела постоянный характер, в то же время интенсивность приступов удушья не изменилась. Увеличилось выделение мокроты, увеличилась интенсивность хрипов при сохраняющейся на прежнем уровне потребности в  $\beta_2$ -агонистах. При присоединении БА к ХОБЛ появились приступы удушья, скуднее стала аускультативная симптоматика, меньше отделялась мокрота и повысилась потребность в бронходилататорах.

Выраженность клинических симптомов в группе больных среднетяжелой БА + ХОБЛ II стадии были следующими. При присоединении ХОБЛ к БА усилился кашель, narосла одышка, интенсивнее стали приступы удушья, увеличилось количество отделяемой мокроты, возросла интенсивность хрипов, увеличилась потребность в  $\beta_2$ -агонистах. При присоединении БА к ХОБЛ – возникли приступы удушья, снизились интенсивность хрипов и выделение мокроты, но возросла потребность в бронходилататорах. У больных со среднетяжелой формой БА при сочетании с ХОБЛ III стадии возросла интенсивность всех клинических признаков (кашель, одышка, удушье, выделение мокроты, хрипы, потребность в  $\beta_2$ -агонистах). При присоединении ХОБЛ к БА narосла приступообразная одышка, снизилось выделение мокроты, уменьшилась интенсивность хрипов. У всех больных БА при присоединении ХОБЛ отмечено снижение эффективности ингаляционных кортикостероидов и возрастание потребности в  $\beta_2$ -агонистах. Сочетание БА и ХОБЛ функционально характеризовалось снижением ОФВ<sub>1</sub>. Причем при сравнении этого показателя у пациентов изолированной БА и БА + ХОБЛ отмечены меньшие цифры при микст-патологии. При этом, если у больных легкой и среднетяжелой БА, сочетающейся с ХОБЛ II стадии, различия составляют около 12%, то при сочетании с ХОБЛ III стадии – различия достигают 35%. Т.е. именно ХОБЛ, присоединяясь к БА, ведет к депрессии ОФВ<sub>1</sub>. При сравнении результатов бронходилатационного теста с  $\beta_2$ -агонистами установлена закономерность, заключающаяся в снижении индекса прироста в зависимости от стадии ХОБЛ, сочетающейся с БА. При наличии II стадии ХОБЛ, сочетающейся с БА разной степени тяжести, происходило уменьшение среднего индекса прироста на 6%, а при сочетании ХОБЛ III стадии – индекс прироста был меньше на 10% в сравнении с аналогичным показателем у больных изолированной БА.

**Выводы.** Сочетание БА и ХОБЛ является нередким явлением, которое следует учитывать во врачебной практике. Чаще эта микст-патология наблюдается при сочетании факторов риска, из которых наиболее значимыми являются курение, рецидивирующие респираторные инфекции и неадекватная терапия БА в дебюте заболевания. Сочетающиеся БА и ХОБЛ яв-

ляются взаимоотношающимися факторами, существенно модифицирующими симптоматику заболевания. Сосуществование этих болезней требует пересмотра лечебной тактики этой категории пациентов.

#### ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В ЧАСТНЫХ СТРУКТУРАХ

Садиков М.К.

ООО «Агул», Москва, e-mail: akalininskya@yandex.ru

Трудности реформирования организации стоматологической помощи заключается в том, что реформа, проводимая в условиях тяжелейшего политического и социально-экономического кризиса, не дает возможности государству осуществить крупные инвестиции в проведение реформ, а также обеспечить средствами хотя бы достигнутый уровень медицинской помощи населению (Стародубов В.И., и др., 2006, Калининская А.А. и др. 2006).

Базами исследования являлись стоматологические поликлиники и частные стоматологические поликлиники г. Москвы. Социологические исследования касались оценки респондентами сложившихся организационных форм работы и ситуационной оценки деятельности службы. Социологическому анализу подверглось 842 карты опроса стоматологов.

Условия труда стоматологами государственных ЛПУ и частных структур были оценены по 5-бальной системе не однозначно. В государственных ЛПУ врачами дана более высокая оценка профилактической работы (5,1 балла), чем в частных структурах (2,9 балла). При этом стоматологи государственных ЛПУ низко оценили материально-техническую базу своего отделения (учреждения), эстетику и интерьер. Следует отметить, что качество работы своего отделения (учреждения) стоматологи оценили почти одинаково высоко – 4,9 и 5,0 баллов соответственно.

На вопрос о том, имеется ли в Вашем кабинете достаточно средств для качественного лечения и обследования больных, стоматологи в государственных ЛПУ ответили положительно в 43,9% случаев, в частных структурах – 97,1%. В государственных ЛПУ были удовлетворены оснащением в полной мере – 18,5%, не полностью – 50,1% и совсем не удовлетворены 11,4% стоматологов. В частных структурах в полной мере были удовлетворены оборудованием 87,9%, не в полной – 12,1%.

В государственных ЛПУ стоматологи не были удовлетворены медикаментами – 20,1%, были удовлетворены не полностью 69,3% и совсем не были удовлетворены 10,6%. В частных