

Из числа больных, лечившихся в СД, 96,4% имели сопутствующие заболевания: 12,7% больных – одно заболевание, 31,1% больных – два заболевания, 52,6% больных – три заболевания и более. И только у 3,6% больных не было ни одного сопутствующего заболевания. Среди больных, имевших три сопутствующих заболевания и более, 83,3% составляли лица старше трудоспособного возраста.

Сравнение стоимости лечения по статьям расходов в СД и в терапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания городской больницы показало, что стоимость одного койко-дня в СД в 2,2 раза меньше, чем стоимость одного койко-дня в больнице круглосуточного пребывания.

В результате проведенного нами нормирования труда медицинского персонала СД установлено, что средние затраты времени врача, связанные с обслуживанием одного больного в СД на базе амбулаторно-поликлинического учреждения, составили 23,3 мин, а медицинской сестры – 16,23 мин. В среднем на одну должность врача в СД следует планировать 14 больных в день, на одну должность медицинской сестры СД – 15 больных в день.

Резюме. В статье представлена организационно-функциональная модель стационара на дому на базе городской поликлиники: формы, объем, оценка эффективности работы и нормирование труда врача и медицинской сестры ДС.

Список литературы

1. Бобоходжаев И.Я. Организация медицинской помощи на дому городскому населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Алма-Ата, 1971. – 28 с.
2. Калининская А.А. Научное обоснование медико-организационных основ развития стационарозамещающих форм медицинской помощи населению Российской Федерации (на примере Тверской, Самарской, Брянской областей и Ставропольского края): автор. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 53 с.
3. Kalininskaya A.A., Dubinina Y.Y., Ivanova M.A. Results of introduction and realization of a program for prevention of disorders of circulatory system in outpatient clinic context // Int J Clin Nutr 2011; Vol 22: – P. 1–80.

ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ. СООБЩЕНИЕ IV

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

У 10% людей лимфатическое русло (ЛР) в начальном отделе грудного протока (НОГП) не расширено – простое слияние поясничных стволов (ПС), у 90% – ЛР расширено в виде сплетения (СПС) или цистерны, в т.ч. в сочетании с СПС (Жданов Д.А., 1945). Любая цистерна отсутствовала всегда у взрослых людей с долихоморфным телосложением (ЛДТ), у 1/4 – с мезоморфным (ЛМТ), у 10% – с брахиморфным (ЛБТ). Д.А. Жданов не обнаружил

жесткую связь между степенью расширения ЛР и снижением уровня формирования НОГП, которое происходит также в связи с возрастным опущением органов. По его данным я выстроил ряд форм НОГП по их преимущественной проекции на позвоночный столб (сверху вниз): ПСПС – 2 ПС (острый угол) → ПСПС – 3 ПС («кисточка»), узкопетлистое СПС → широкопетлистое СПС → СПС с цистерной ГП. Отсюда вывод: конституциональное удлинение тела человека сопровождается концентрацией (и магистрализацией) ЛР путем уменьшения числа сосудов, а конституциональное укорочение тела – дисперсией ЛР путем увеличения числа, ветвления и сильного расширения сосудов с образованием сплетения и цистерны. Тогда ЛДТ должны иметь ЛР концентрированного типа (магистральная форма → ПСПС), а ЛБТ – ЛР дисперсного типа (СПС + цистерна) с промежуточной плекси-формой (СПС) у ЛМТ. По строению и функции ЛР можно наметить следующие параллели:

1) респираторная (Sigaud C., 1914), астеническая (Богомолец А.А., 1924; Kretschmer E., 1925) конституция человека, лептосомный (Weidenreich F., 1927) или долихоморфный (Геселевич А.М., 1929) соматотип – морфотип лимфатической системы компактный (по сосудам) или лимфоидный (увеличение числа, уровня и площади размещения узлов – «иммунный» ?);

2) дигестивная (Sigaud C., 1914), пастозная, липоматозная (Богомолец А.А., 1924), пикническая (Kretschmer E., 1925) или гиперстеническая (Черноруцкий М.В., 1929) конституция человека, эйрисомный (Weidenreich F., 1927) или брахиморфный (Геселевич А.М., 1929) соматотип – дисперсный или рыхлый (емкостный) морфотип лимфатической системы (человек ~ морская свинка – ?);

3) мышечная (Sigaud C., 1914), фиброзная (Богомолец А.А., 1924) атлетическая (Kretschmer E., 1925) или нормостеническая (Черноруцкий М.В. и др., 1929) конституция человека, мезосомный (Weidenreich F., 1927) или мезоморфный (Геселевич А.М., 1929) соматотип – транспортный мезотип лимфатической системы (человек ~ крыса – ?).

Для проверки своего предположения я изучил материалы Д.А. Жданова (1945), причем результаты исследования им только взрослых людей, поскольку конституция завершает складываться после полового созревания. Д.А. Жданов писал, что изучил 19 трупов взрослых людей (старше 15 лет). У них он обнаружил 1 случай концентрированной (2–3 крупных, рядом расположенных лимфоузла) и 7 случаев дисперсной формы левой латероаортальной цепи поясничных лимфоузлов. Я нашел в протоколах Д.А. Жданова только 6 из этих 8 пре-

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-