

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, narosla 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 narosla 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

структурах были удовлетворены полностью 83,9% врачей и не в полной мере – 16,1%. Медицинским инструментарием и медицинской аппаратурой в государственных ЛПУ были удовлетворены в полной мере 29,2% стоматологов, не полностью удовлетворены 61,8% и совсем не удовлетворены 9,0%.

Оценка негативных факторов в работе стоматологов проводилась по 5-бальной шкале. Анкетирование показало, что в числе наиболее значимых негативных факторов в своей работе стоматологи государственных ЛПУ отметили: низкую заработную плату (4,9 балла), отсутствие в учреждении технических средств качественного обследования и лечения (4,8), отсутствие оргтехники (4,1), устаревшие организационные формы работы (2,3), недостаточную квалификацию (1,8), плохой психологический климат в коллективе (1,7), конфликты с начальством (1,2), конфликты с пациентами (1,0).

Бальная оценка негативных факторов в частных структурах распределилась несколько иначе: к наиболее значимым негативным факторам стоматологи частных структур отнесли недостаток своей квалификации (2,8 балла), величины остальных негативных факторов, касающихся их зарплаты, оснащения, психологического климата в коллективе и др. не велики, что свидетельствует о возможности более качественно оказывать стоматологические услуги в частных структурах.

Социологические опросы касались организационных форм работы стоматолога и среднего медицинского персонала в стоматологии. Результаты опросов установили, что в большинстве частных структур (66,7%) стоматологи работали с помощниками врача, в государственных ЛПУ этот опыт имеется только в 10,7% случаев. Работа гигиениста стоматологического имела место только в единичных государственных ЛПУ, в частных структурах эта форма не нашла должного внедрения.

В государственных ЛПУ только 33,7% врачей работали с одной медицинской сестрой; в 38,7% случаев одна медицинская сестра работала с 2 врачами; в 18,9% с 3 врачами и в 9,7% случаев с 4 и более врачами. В частных структурах в основном (78,1%) соотношение врач и медсестра было (1:1) и только 21,9% стоматологов работали при соотношении (2:1).

Весьма значима работа сестринского персонала в стоматологии. Врачи стоматологи государственных ЛПУ оценили подготовку сестринского персонала как хорошую (82,2%), посредственную (12,1%) и плохую (5,7%). Врачи частных структур в большей мере считали, что подготовка медицинских сестер посредственная (25,9%) и плохая (5,3%). Анализ социологических опросов врачей стоматологов показал низкий профессионализм сестринского персонала. Так, 53,4% стоматологов, работаю-

щих в государственных ЛПУ, считали, что медицинская сестра может самостоятельно оценить гигиеническое состояние полости рта пациента, 38,6% считали, что она не может это сделать самостоятельно и 8,0% затруднились с ответом.

В частных структурах 73,1% стоматологов отметили, что медицинская сестра может самостоятельно провести оценку гигиенического состояния полости рта пациента; 21% считали, что эту работу нельзя доверить медицинской сестре и 5,9% затруднились с ответом. По мнению почти 1/3 врачей стоматологов государственных ЛПУ, медицинская сестра может индивидуально работать с пациентами, 51% считали, что не может, и 8% затруднились с ответом. В частных структурах мнение врачей аналогично: 26,3% респондентов ответили положительно, 60,7% отрицательно и 13% затруднились с ответом.

Нужно отметить, что до настоящего времени нет четкого разграничения функциональных обязанностей врача стоматолога и зубного врача и зачастую их труд не отличается. Проведенные нами социологические опросы стоматологов государственных ЛПУ подтверждают эту несправедливость. На это указали 58,3% опрошенных врачей, при этом 9,3% стоматологов считали, что их профессиональные знания должным образом не востребованы. В то же время 79,1% стоматологов считали, что для выполнения их функциональных обязанностей требуется высшее образование; 16,3% считали, что достаточно специальной подготовки и 4,6% затруднились с ответом.

В процессе исследования врачами стоматологами (экспертами) были высказаны предложения по разделению труда стоматолога и зубного врача.

Более половины стоматологов (53,7% государственных ЛПУ и 83,5% частных структур) считали, что зубного врача целесообразно использовать в качестве помощника стоматолога. Следует отметить, что более 1/3 респондентов отметили, что в стоматологии следует использовать только специалиста с высшим образованием; при этом почти 1/4 опрошенных указали на целесообразность привлечения зубных врачей к самостоятельной профилактической работе, в частности, как гигиениста стоматологического, более половины стоматологов государственных ЛПУ и 73,8% частных структур склонялась к тому, что стоматологу следует выделить более сложную патологию, четко разделив функциональные обязанности стоматолога и зубного врача.

В заключении следует отметить, что результаты социологических опросов подтвердили неопределенность в использовании среднего медицинского персонала в стоматологии: медицинские сестры в стоматологии не имеют специальной подготовки и не готовы к выполнению определенных самостоятельных разделов работы. В то же время зубные врачи (специалисты со средним образованием) зачастую выполняют

те же функции, что и врачи стоматологи. Выше-сказанное свидетельствует о целесообразности более рационального использования врачебных кадров со средним и высшим медицинским образованием в государственных ЛПУ и в частных структурах.

**Резюме.** В статье представлен анализ материально-технического обеспечения и организационные формы работы стоматологов в государственных и частных структурах.

#### Список литературы

1. Стародубов В.И., Калининская А.А., Дзугаев К.Г. Медицинские кадры в стоматологии. – М.: Медицина, 2006. – 252 с.

2. Калининская А.А., Эйгин Л.Э., Дзугаев В.К. Заболеваемость и оценка состояния здоровья врачей стоматологического профиля // Медицинские кадры в стоматологии. – М., 2006. – С. 103–113.

#### ИЗУЧЕНИЕ ТРИПСИНОПОДОБНЫХ ПРОТЕИНАЗ И ИНГИБИТОРОВ ЛИКВОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ ЛОКАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Франциянц Е.М., Козлова Л.С., Горбунова Т.А., Чугунова Н.С.

ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, e-mail: super.gormon@ya.ru

Многие трипсиноподобные протеиназы и их ингибиторы являются острофазными белками и адекватно отражают изменения при различных видах лечения.

**Цель исследования:** изучение протеиназо-ингибиторного баланса в ликворе при злокачественных опухолях головного мозга после операции (п/о) и интраоперационной локальной химиотерапии (ИЛХТ).

**Материал и методы.** Ликвор 22 больных (ЛБ), подвергнутых операции по удалению злокачественной опухоли головного мозга, исследовали до операции (д/о), в 1, 7, 14 сутки и через 1,5 месяца п/о. Содержание ИЛХТ: 0,2 мг карбоплатина помещали в контейнер из гемостатической губки, производили гемостаз и укладывали в ложе удалённой опухоли. В качестве контроля использовали ликвор (КЛ) 8 больных, у которых исключён злокачественный и/или воспалительный процесс в мозге.

**Результаты.** В ЛБ д/о и ИЛХТ доля калликрейна (К) в общей эстеразной активности (ОЭА) плазмы крови составляла 64% против 5,8% в КЛ, соотношение К $\alpha$ -2-макроглобулин (К $\alpha$ -2М) и ОЭА $\alpha$ -2М – в 4,2 и в 1,5 раза выше КЛ, а К $\alpha$ -1-протеиназный ингибитор (К $\alpha$ -1ПИ) и ОЭА $\alpha$ -1ПИ – в 20 раз и 8,2 раза выше, чем в КЛ соответственно. Уже в 1 сутки доля К в ОЭА составляла 4,4%, К $\alpha$ -2М снизился на 69%, а К $\alpha$ -1ПИ – в 2,7 раза. На 7 и 14 сутки п/о продолжалось достоверное улучшение протеиназо-ингибиторного баланса и через 1,5 месяца К $\alpha$ -2М был в 2,2 раза ниже, ОЭА $\alpha$ -2М – в 2,9 раза ниже, К $\alpha$ -1ПИ – на 33,3% ниже,

ОЭА $\alpha$ -1ПИ – в 2 раза ниже, чем д/о. Лабораторные показатели согласовывались с клинической картиной и подтверждали высокую эффективность ИЛХТ: в течение 2 лет п/о и лечения продолженный рост опухоли не зарегистрирован.

**Выводы.** При лечении злокачественных опухолей мозга ИМХТ в ликворе быстро восстанавливается баланс трипсиноподобных протеиназ с ингибиторами, способствующий реализации защитной функции изучаемых белков в течение, как минимум, 1,5 месяцев после лечения, что можно считать преимуществом этого способа терапии.

#### СОДЕРЖАНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ В ТКАНИ РАКА ПРЯМОЙ И СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Франциянц Е.М., Никпелова Е.А., Комарова Е.Ф., Бандовкина В.А., Аверкин М.А.

ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, e-mail: super.gormon@ya.ru

**Цель исследования.** Выявление гендерных различий по уровню опухолевых маркеров (ОМ) при раке прямой и сигмовидной кишки.

**Материал и методы.** В образцах опухолевой и условно интактной ткани (линия резекции) у 40 больных (20 мужчин и 20 женщин) раком прямой и сигмовидной кишки T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>, определяли содержание СА19-9 и СА72-4 с помощью иммуноферментного анализа фирмы «Хема» (Россия).

**Результаты.** У женщин больных раком прямой кишки в условно интактной ткани уровень СА72-4 и Са19,9 оказался выше, чем у мужчин в 4,8 раз и в 4,2 раза соответственно, а при раке сигмовидной кишки – в 6,4 раза и 5,1 раз соответственно. В злокачественной опухоли у женщин больных раком прямой и сигмовидной кишки концентрация СА72-4 превышала показатели в интактной ткани в 3,3 и 10 раз соответственно. Уровень СА19-9 в опухоли женщин был выше в 1,9 только при раке прямой кишки. В случае рака сигмовидной кишки у женщин насыщенность опухоли СА19-9 была ниже в 1,6 раз, чем в интактной ткани. У мужчин больных колоректальным раком содержание ОМ в опухоли превышало показатели в интактной ткани: СА72-4 в 23,7 и 14,6 раз, а СА19-9 в 5,9 и 27,8 раз (прямая и сигмовидная кишка соответственно). Что касается половых различий в содержании ОМ в злокачественной опухоли, то при раке прямой кишки концентрация СА 72-4 у женщин была в 1,5 раз ниже, чем у мужчин, а СА 19,9 – в 1,4 раза выше. В образцах опухоли сигмовидной кишки напротив, уровень СА 72-4 у женщин превышал показатели у мужчин в 4,5 раза, а СА 19,9 – был ниже в 8,6 раз.

**Заключение.** Таким образом, найдены гендерные отличия в исследованных тканевых по-