

лиц данной профессии характеризуется воздействием на них комплекса производственных факторов, которые включают в себя: высокое нервно-эмоциональное напряжение, обусловленное личной ответственностью за обеспечение безопасности движения и готовностью к экстренным действиям в экстремальных ситуациях; напряжение внимания, слухового и зрительного анализаторов; шум и вибрацию. Режим труда и отдыха локомотивных бригад специфичен. Основная группа локомотивных бригад работает по вызывной системе явок, в

связи с этим начало и окончание работы может приходиться на разные часы суток. Особенно неблагоприятен режим их труда при переходе из поздних ночных в ранние утренние смены, что снижает адаптивные возможности сна у этих работников. Все эти факторы риска служат причиной возникновения артериальной гипертензии

Результаты. В течение трех лет были проведены профилактические осмотры у 458 человек. Выявлено 37 больных артериальной гипертензией, оздоровлено 30 человек (таблица 1)

Таблица 1.

	Осмотрено	Выявлено	%	Оздоровлено
2008 год	157	12	7,6	10
2009 год	154	14	9,0	11
2010 год	147	11	7,4	9

Все выявленные пациенты были взяты на диспансерное наблюдение, им была назначена необходимая гипотензивная терапия. Благодаря проведению оздоровительной работы среди выявленных при осмотрах и в группах риска, на 33,6% уменьшилось количество отстраненных по предрейсовым осмотрам машинистов и

помощников машинистов, что привело к улучшению безопасности движения поездов

Выводы. Скрининговое выявление артериальной гипертензии среди работников АО «Локомотив» и оздоровление их способствует уменьшению количества отстраненных по предрейсовым осмотрам и улучшению безопасности движения поездов.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА - ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ОТБОРЕ В ВОЕННО-УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ И НА СЛУЖБУ В ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНЫ

Шарипова А.У., Баткеева К.А., Сембаева С.Х.

ВВК ДВД Павлодарской области

Пролапс митрального клапана (далее ПМК) - систолическое прогибание одной или обеих митральных створок в полость левого предсердия. Актуальность проблемы ПМК обусловлена его широкой распространенностью в популяции (4-5%) и тяжестью возможных осложнений: внезапная смерть, нарушения сердечного ритма, инфекционный эндокардит, тромбозы различных сосудов. Различают первичный и вторичный ПМК. Вторичный ПМК развивается на фоне поражения сердца при коронарной

патологии, ревматизма, кардиомиопатии, миокардите, миокардиодистрофии. Первичный ПМК связан с врожденным дефектом соединительной ткани (СТ) приводящим к нарушению структуры митральных створок, что обуславливает их повышенную податливость. Указанный дефект обозначается термином «дисплазия СТ и морфологически проявляется миксоматозной дегенерацией – разрушением и утратой нормальной архитектоники коллагеновых фибрилл и замещением их

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

глюкозамингликанами. Диагностические критерии первичного ПМК сводятся к триаде признаков: 1. Ультразвуковые и аускультативные феномены пролапса и клинические эквиваленты нарушения внутрисердечной гемодинамики. 2. Симптомы психовегетативной дисфункции. 3. Внешние и висцеральные маркеры дисплазии СТ. Основным методом диагностики ПМК является Эхо-доплерКГ. Она позволяет установить факт митрального пролабирования, оценить состояние створок и связочного аппарата структурные и функциональные особенности сердца, наличие миксоматозной дегенерации, степень митральной регургитации, а также распознать некоторые осложнения ПМК. Различают три степени пролабирования митрального клапана при ЭхоКГ: 1 степень - пролабирование на 3 – 6 мм; 2 степень на 6 – 9 мм; 3 степень - свыше 9 мм. Различают также три степени регургитации по данным ЭхоКГ: 1 степень - регургитация на уровне створок. 2 степень - до середины предсердия. 3 степень - до противоположной стороны предсердия. В симптомокомплекс, непосредственно связанный с пролабированием, могут быть отнесены и осложнения ПМК. Одним из них является развитие гемодинамически значимой митральной регургитации, связанный с прогрессированием миксоматозной дегенерации клапанных створок, а также дилатацией клапанного кольца. Неизбежным следствием выраженной регургитации становятся объемная перегрузка и дилатация левых отделов сердца, что в свою очередь приводит к появлению опасных нарушений ритма сердца. Поскольку аритмии являются одним из наиболее частых проявлений ПМК и нередко определяют трудоспособность и прогноз, они обязательно должны учитываться при решении экспертных вопросов. При прогрессировании митральной регургитации значительно возрастает частота наиболее грозного осложнения ПМК - внезапной смерти. К факторам риска внезапной смерти относятся синкопальные состояния, наличие

прогностически неблагоприятных аритмий, случаи внезапной смерти у родственников. Возможным осложнением ПМК могут быть тромбоэмболии с миксоматозно-измененных створок, чаще в сосуды вертебро-базиллярной области. ПМК считается одной из основных причин мозгового инсульта у лиц моложе 40 лет.

Цель работы: Комплексный подход для своевременной диагностики ПМК и предупреждение возможных осложнений при проведении медицинского освидетельствования к поступающим в военное-учебные заведения и на службу.

Материал и методы: Обследовано 128 кандидатов поступающих на учебу в возрасте 16-18 лет и 96 поступающих на службу с 18-25 лет (2009-2011 гг.). Диагноз ПМК основывался на характерной клинической картине, результатах инструментальных исследований (ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование), лабораторных и биохимических исследованиях.

Результаты и обсуждение: При диагностике ПМК среди кандидатов на учебу и на службу наиболее информативной явилась аускультативная картина. При этом классический вариант в виде систолического «щелчка» - у 30% , систолический шум (связанный с регургитацией различной степени) - у 35%, «немой» вариант (отсутствие аускультативной картины) - у 35% освидетельствованных.

При этом наблюдалось сочетание 3-х и более маркеров дисплазии СТ и ПМК.

Из обследованных 128 лиц у 26 в возрасте 16-18 лет был выявлен ПМК. При этом у 7-ти наблюдалось нарушение ритма и проводимости: у 3-х – наджелудочковая экстрасистолия у 1-го синдром WPW, у 3-х синдром CLC, митральная регургитация 1-ой степени у 5-х, 2-й степени у 2-х, у 9-ти освидетельствованных ПМК сочеталось синдромом вегето-сосудистой дистонии, у 2-х по психофизиологическим тестам установлены личностные расстройства в виде акцентуации личности.

Таблица. - Наиболее часто встречающиеся маркеры дисплазии СТ при ПМК у освидетельствованных за 2009 – 2011 гг.

№	Маркеры дисплазии СТ	у поступающих на учебу	у поступающих на службу
Внешние маркеры			
1	Астенический тип с гипертрофией и пониженным весом	65-70%	45-50%
2	Сколиоз и деформация грудной клетки	35-40%	30-35%
3	Миопия	19-20%	10-15%
4	Плоскостопие	15-20%	10-12%
5	Аномалия прикуса	10-12%	5-7%
Висцеральные маркеры			
1	Дополнительная хорда	98-100%	95-100%
2	Нефроптоз	10-15%	5-10%
3	Деформация желчного пузыря	7-10%	5-7%
4	Аномалия развития мочеполовой системы	5-7%	3-5%

Выводы: При медицинском освидетельствовании врачу-эксперту на этапе общего осмотра следует обратить внимание на следующие признаки: астенический тип конституции, пониженный вес, воронкообразная или уплощенная грудная клетка, сколиоз, плоскостопие, аномалии прикуса, миопия, повышенная растяжимость кожи, гипермобильность суставов. Комплексная оценка этих проявлений очень важна, поскольку позволяет заподозрить наличие ПМК в начале общего осмотра. Обладатели 3-х и более внешних маркеров дисплазии СТ нуждаются в УЗИ-сердца для исключения ПМК.

Литература:

1. Бобров В.А., Шлыкова Н.А., Давыдова И.В., Зайцева В.Н. Пролапс митрального клапана (диагностика, клиника, тактика

лечения) Клиническая медицина 1996; 6; 14-17.

2. Мартынов А.И. Шехтер А.Б. Степура О.Б. и др. Дисплазия соединительной ткани при идиопатическом пролапсе митрального клапана. Клини. медицина 1998; 12; 10-13.

3. Мухарлямов Н.М., Норузбаева А.М., Бочкова Д.Н. Пролабирование митрального клапана (клинические варианты). Тер.архив 1981; 1;72-77., 4.

4. Сторожков Г.И., Верещагина Г.С. Эхокардиографическая оценка состояния митрального аппарата и осложнения пролабирования митрального клапана. Тер. архив 1998;4;27-32.

5. Мартынов А.И., Смулевич А.В., Степура О.Б. и др. Пролабирование митрального клапана как психосоматическая проблема. Тер. архив 2000; 10; 27-30.

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА
В СТАДИИ ПЯТНА У ДЕТЕЙ**

¹Шарипов Е.К., ¹Жакипова А.С., ²Изденова Г.О., ³Абыкешева Г.А.

¹КГКП «Детская стоматологическая поликлиника», ² Клиника «Стом-икс»,
³МУ «Областная стоматологическая поликлиника»

Диагноз кариеса зубов ставится на основании данных анамнеза, а именно – жалоб больного, осмотра, проводимого с помощью

стоматологического зеркала, зондирования и данных температурной и перкуторной реакции. В некоторых случаях при определенных