

ՄԱՄԻՉ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԱԿՑԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ
ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ ԹԻԹԵՂՅԱ ԼՐԻՎ՝ ՊՐՈԹԵԶՆԵՐԻՑ ՕԳՏՎՈՂ,
ՊՐՈԹԵԶԱՅԻՆ ԴԱՇՏԻ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ ԴՅՈՒՐԱԹԵՔՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՇՎԱՐԿՈՎ ԵՎ ԱՌԱՆՑ ՀԱՇՎԱՐԿԻ ԱՆՁԱՆՑ ՄՈՑ

Պայմանականորեն 2 խմբի բաժանված 108 այցելուների ֆիզիոլոգիական ծամիչ փորձերի 2 տարվա կլինիկական հետազոտությունների հիման վրա վիճակագրականորեն կարելի է հիմնավորել, որ պրոթեզային դաշտի դյուրաթեքության հաշվարկով մշակված լրիվ թիթեղային պրոթեզները, առանց այդպիսի հաշվարկի պրոթեզների համեմատ, աչքի են ընկնում ավելի բարձր ծամիչ արդյունավետության գործակցով:

Մամիչ արդյունավետության գործակիցը առավելագույն մեծության հասնում է լրիվ թիթեղային պրոթեզների օգտագործման դեպքում 1 տարուց հետո:

A. A. MIRZOYAN

COMPARATIVE EVALUATION OF CHEWING EFFICIENCY IN
PERSONS WITH TWO TYPES OF TOTAL DENTURES
CONSTRUCTED IN THE WAY THE PROSTHETIC PLIABILITY
IS CONSIDERED OR DISREGARDED

The clinical investigations have been carried out in 108 patients divided conditionally into two groups. The statistical analysis of physiological chewing samples have been made in the period of 24 months.

The data obtained showed that the efficiency of chewing effect is much higher in patients with total dentures where the discrete efficiency of prosthetic bed pliability is taken into account.

The maximal chewing efficiency could be obtained only after using the total dentures for about 12 months.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Мирзоян А. А. Метод изготовления полных пластиночных протезов с учетом податливости слизистой оболочки протезного поля. Методич. рекоменд. Ереван, 1980.
2. Рубинов И. С. Физиология и патофизиология жевания и глотания. Л., 1958.
3. Рубинов И. С. Вопрос ортопедической стоматологии, т. 63. Л., 1960, стр. 19.
4. Рубинов И. С. Физиологические основы стоматологии. Л., 1965.
5. Рубинов И. С. Физиологические основы стоматологии. Л., 1970.

УДК 616.155.194.8

М. К. НАЗАРЕТЯН, Л. Х. УЗУНЯН, Е. С. АМИРХАНЫ, А. А. АВАКЯН

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

На основании анализа материалов диспансерного наблюдения и лечения больных с железодефицитной анемией установлены универсальные и доминирующие признаки

заболевания. Предложена организационная структура мероприятий, позволяющая замкнуть в единой системе поликлиническое звено, население и учреждения специализированной помощи—гематологические центры, что будет способствовать своевременному выявлению больных.

Своевременная диагностика железодефицитного малокровия имеет решающее значение в связи с разносторонним характером воздействия на организм человека, его работоспособность и производительность труда [1—4].

Наши наблюдения проводились на 1032 больных с железодефицитной анемией (ЖДА), находящихся на диспансерном учете и лечении в Армянском НИИ гематологии и переливания крови. В результате проведенных исследований установлена частота отдельных жалоб и клинических проявлений заболевания (табл. 1, 2).

Таблица 1

Частота и характер жалоб у больных с железодефицитной анемией

Жалобы	Частота, %
Слабость	88,1
Головокружение	46,7
Головные боли	33,5
Повышенная ломкость ногтей и выпадание волос	20,7
Понижение или отсутствие аппетита	19,5
Быстрая утомляемость	16,7
Сердцебиение	7,6
Боли в области желудка или печени	6,9
Одышка	5,5
Боли и онемение в конечностях	3,4
Тошнота	2,7
Запоры или поносы	2,7
Плохое самочувствие	2,0
Потемнение перед глазами	2,0
Бессонница	1,3
Похудание	1,3
Боли в области сердца	1,3
Чувство нехватки воздуха	0,6
Жжение языка	0,6
Извращение вкуса	0,6
Жжение в гортани	0,6
Прочие жалобы	5,2
Отсутствие жалоб	4,8

Таблица 2

Клинические проявления при железодефицитной анемии

Клинические проявления	Частота, %
Бледность кожных покровов и видимых слизистых	83,2
Систолический шум в области сердца	13,2
Тахикардия	6,9
Уплотнение и расслоение ногтей	6,8
Сухость кожи	2,0
Субъиктеричность склер	2,0
Увеличение печени	1,3
Изрезанность слизистой языка	0,6
Угловой стоматит (хейлит)	0,6
Прочие проявления	0,6
Отсутствие клинических признаков	12,5

Как видно из табл. 1 и 2, несмотря на относительное разнообразие жалоб и клинических проявлений, ЖДА имеет характерные ведущие признаки. Так, слабость в сочетании с бледностью кожных покровов и слизистых является доминирующим признаком заболевания, позволяющими предположить его наличие еще до исследования крови.

Лабораторная диагностика ЖДА базируется на ряде простых и доступных тестов, позволяющих довольно быстро установить факт малокровия.

По рекомендации ВОЗ, при постановке диагноза «анемия» самыми общими критериями являются минимально допустимые нижние границы нормального уровня гемоглобина и гематокрита, которые, будучи одинаковыми для стран с различными климато-географическими условиями, применяются в качестве универсальных тестов при диагностике анемий (табл. 3). Несмотря на распространенность заболевания и относительную простоту диагностики, диагноз «железодефицитная анемия» редко фигурирует в официальных отчетных документах лечебно-профилактических учреждений. В результате анализа материалов о составе больных, выписанных из стационаров республики в 1975—1977 гг. (по данным Республиканского бюро медицинской статистики Минздрава Арм. ССР) установлено, что диагноз «железодефицитная анемия» выявлен лишь в 31,8% случаев. У остальных больных достоверный диагноз устанавливался только после обследования в Институте гематологии и переливания крови.

Таблица 3
Минимальные показатели гемоглобина и гематокрита в норме

Контингент	Гемоглобин, г/л	Гематокрит
Мужчины	130	42
Менструрующие женщины	120	36
Беременные	110	33

С целью установления причин недостаточно полного выявления больных с ЖДА в первичных учреждениях здравоохранения (поликлиниках) проведено выборочное изучение сроков от первых симптомов заболевания до обращения к врачу и от обращения к врачу до установления правильного диагноза и назначения патогенетического лечения (табл. 4). Как видно из табл. 4, почти половина больных с ЖДА (45,3%) обращались к врачу спустя 6 месяцев и более с момента появления первых жалоб. При обращении же к врачу правильный диагноз в течение первой недели обследования был поставлен в 41,9% случаев.

Проблема своевременного раннего выявления анемий с проведением лечебных и профилактических мероприятий может быть решена при тесном контакте поликлинического звена, осуществляющего оказание медицинской помощи около 80% населения, и гематологического центра.

Нами предложена структура организации мероприятий по выявлению анемий, в которой учтен ведущий принцип—системность, преемственность и взаимосвязь между первичной и специализированной медицинской помощью (рис 1).

Сроки установления диагноза при железодефицитной анемии

Сроки	От первых симптомов до обращения к врачу, %	От обращения к врачу до установления диагноза и назначения лечения, %
До одной недели	6,9	41,9
От одной недели до одного месяца	21,6	19,5
От одного до 6 месяцев	17,4	7,6
От 6 месяцев и более	45,3	14,5
Срок неизвестен (бессимптомное течение)	8,3	16,0

Первичное выявление больных с малокровием осуществляется либо при обращении их за медицинской помощью в основные учреждения здравоохранения («пассивное» выявление), либо при проведении запланированных профилактических осмотров (многоцелевой скрининг).

Для проведения такого профосмотра участковая поликлиника обычно формирует соответствующие бригады специалистов или отделения профилактического обследования (ОПО), что позволяет проводить квалифицированные обследования населения по заранее разработанным программам и тестам.

Больные, выявленные ОПО на профосмотре, затем подлежат более подробному обследованию в поликлинике. Клинико-диагностические лаборатории (КДЛ) позволяют производить необходимые исследования

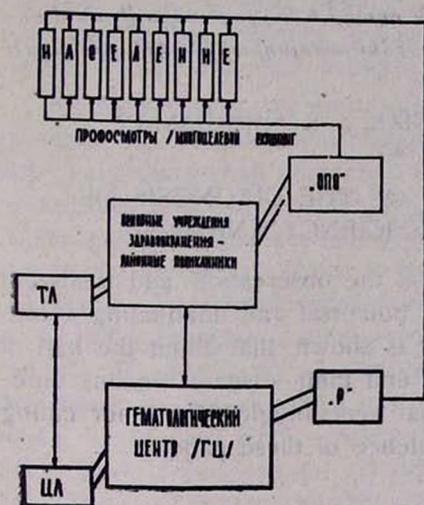


Рис. 1. Структура организации мероприятий по выявлению, лечению и профилактике железодефицитных анемий.

исследования (концентрация гемоглобина, гематокрит, количество эритроцитов, лейкоцитов, лейкоформула), в результате чего устанавливается первичный гематологический диагноз. Лабораторное отделение поликлиники по отношению к лабораторной службе гематологического центра (ГЦ) выделяется как терминальная лаборатория (ТЛ).

Развернутое клинико-гематологическое обследование лиц, страдающих анемией, проводится в гематологическом центре. Кроме того, центр организует и проводит массовые гематологические обследования населения; наряду с профосмотрами, проводимыми поликлиникой, организует учет и динамическое диспансерное наблюдение за больными с хронической или рецидивирующей формами малокровия—регистр анемий (Р).

Приведенная выше организационная структура мероприятий по выявлению анемий будет способствовать своевременному выявлению больных и проведению патогенетического лечения.

НИИ гематологии и переливания крови

Поступила 12/III 1982 г.

Մ. Կ. ՆԱԶԱՐԵԹՅԱՆ, Լ. Խ. ՈՒԶՈՒՆԻԱՆ, Ե. Ս. ԱՄԻՐԿԻԱՆԻԱՆ, Ա. Հ. ԱՎԱԿՅԱՆ

**ԵՐԿԱՔԴԵՑԻՑԻՏԱՅԻՆ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅԱՄԲ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՈՒՄԸ ԼԱՎԱՑՆՈՂ ՈՒՂԻՆԵՐԸ**

Երկաթդեֆիցիտային սակավարյունությամբ 1032 հիվանդների դիսպանսեր հսկողության և բուժման տվյալների քննության հիման վրա հաստատվել են հիվանդության ընդհանուր և գերակշռող նշանները: Ցույց է տրված, որ սակավարյունությամբ տառապող հիվանդների մոտ կեսը բժշկի չեն դիմում և մնում են շահյանաբերված 6 և ավելի ամիս: Առաջարկված է միջոցառումների կազմակերպչական մի կառուցվածք, որը հնարավորություն կտա ներգրավել միասնական սիստեմի մեջ պոլիկլինիկական օղակը և ազգաբնակչության մասնագիտական բուժօգնության հիմնարկները (հեմատոլոգիական կենտրոններ):

M. K. NAZARETIAN, L. Kh. UZOUNIAN, E. S. AMIRKHANDIAN,
A. H. AVAKIAN

**THE WAYS OF IMPROVEMENT OF THE DIAGNOSIS OF
PATIENTS WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA**

On the base of analysis of data on the observation and treatment of patients with iron deficiency anemia universal and dominating symptoms of the disease are established. It is shown that about the half of such patients do not consu't the doctor and their disease remains unrevealed. It is suggested to organize special hematologic centers for taking complex medical measures for the revealance of these patients.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Basta S., Churchill A.* World Bank Working Paper, 1974, 175.
2. *Cifuentes E., Viteri F. E.* Fed. Proc., 1972, 31, 719.
3. *Davies C. T. M., Van Haareu J. P.* Brit. J. Industrial Med., 1973 b. 30:335.
4. *Viteri F. E., Torun B.* Clin. Haematol., 1974, 3:609.

УДК 616.12—008.331.1—085.83

М. С. ГЕВОРКЯН

**О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
НА КУРОРТЕ ДИЛИЖАН**

Проведены клинические наблюдения по изучению влияния комплексного санаторно-курортного лечения больных гипертонической болезнью I и IIa стадии в условиях среднегорного климата курорта Дилижан.