

дает над тяжелым, легкое течение не регистрируется. Сокращение сроков обращаемости за медицинской помощью и госпитализации от начала заболевания свидетельствует об усилении настороженности населения и медработников в отношении КГЛ в результате хорошей санитарно-разъяснительной работы и СМИ.

В сборах клещей на территории Республики Калмыкия доминировали *Hyalomma marginatum marginatum*, тогда как в предыдущие годы определялись и другие виды – *Hyalomma anatolicum*, *Hyalomma scupense*, *Dermacentor marginatus*, *Dermacentor dagestanicus* и другие. Впервые на территории Республики Калмыкия в 2011 году был зарегистрирован вид клещей – *Ixodes laguri*, который был очесан с малого суслика в количестве 5 экземпляров.

Планирование профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляют Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам Российской Федерации, противочумные учреждения, департаменты и управления здравоохранения во взаимодействии с органами исполнительной власти, органами местного самоуправления и иными организациями и службами. Комплексные планы по санитарной охране в Р.Калмыкии согласовываются Управлением Роспотребнадзора с ФБУЗ «ЦГиЭ», ФКУЗ «ЭПЧС», МЗ, ветеринарной и фитосанитарной службой, Министерством Финансов, ГО, ЧС, Росздравнадзором, ФСБ и др. независимо от организационно-правовой формы. Ситуации по КГЛ ежегодно рассматриваются на заседаниях СПК при Правительстве Республики Калмыкия.

В заключение следует отметить, что на территории Республики Калмыкия функционирует природный очаг КГЛ с благоприятными условиями для активности возбудителя, что представляет реальную угрозу для здоровья и жизни населения и требует дальнейшего совершенствования эпизоотолого-эпидемиологического мониторинга.

С целью совершенствования профилактики ККГЛ в методических указаниях (МУ 3.4.3008-12) «Порядок эпидемиологической и лабораторной диагностики особо опасных, «новых» и «возвращающихся» инфекционных Болезней» предложена комплексная схема диагностики этого заболевания – определены клинические критерии КГЛ:

геморрагический синдром, основные клинические признаки: инкубационный период от 2 до 14 дней; острое начало, высокая температура; головная боль, миалгии, артралгии; боль в животе и пояснице; гиперемия кожных покровов лица, шеи, слизистой полости рта; на 5-6 день возможно понижение температуры; геморрагические проявления разной степени выраженности; состояние больных резко ухудшается; бледность, тахикардия, акроцианоз.

Определены критерии эпидемиологического анамнеза:

дата заболевания; обращения, госпитализации; местный случай болезни; болеют жители Южного и Северо-Кавказского Федеральных округов, подвергшихся укусов иксодовых клещей, ухаживающих за домашним скотом, лица, ухаживающие за больным и контактировавшие с биологическим материалом (кровь и содержащие кровь) в семейных очагах, медицинские работники инфекционных отделений, клинических лабораторий и др.; контингенты риска: скотники, пастухи, и другие работники сельского хозяйства и животноводства, медицинские работники; время риска: апрель-август.

Определены критерии эпидемиологической характеристики территории: видовой состав и индекс

обилия пастбищных иксодовых клещей. Видовой состав и численность мелких млекопитающих и врановых птиц до обнаружения случаев заболевания человека; выявление антигена вируса ККГЛ от иксодовых клещей, снятых с КРС и собранных в открытых станциях. Дата и место выделения вируса ККГЛ при исследовании клещей. Вирусофорность иксодовых клещей по административной территории (район, город и в целом по субъекту).

При диагностике ККГЛ подозрительными – считаются случаи заболевания по клиническим критериям и эпидемиологическому анамнезу. Вероятные случаи заболевания – по клиническим критериям, эпидемиологическому анамнезу и положительными результатами ОТ-ПЦР, ИФА – выявление антигенов или антител класса М. Подтвержденный случай заболевания – клинические критерии, эпидемиологический анамнез и положительный результат ИФА – выявление сероконверсии антител класса G (кровь для исследования берут дважды: в начале болезни и через 2-3 недели); выделение вируса, секвенирование.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА

Байрамукова А.М., Ажахметова А.К., Карпов С.М.

*ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития РФ», Ставрополь,
e-mail: alina.azhahmetova@mail.ru*

Актуальность: Болезнь Паркинсона – одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний. Эпидемиологические исследования указывают на то, что болезнь Паркинсона наблюдается во всех этнических группах и встречается с равной частотой у мужчин и женщин. Заболеваемость составляет около 20 на 100 000 населения, распространенность – 120-180 на 100 000 и достигает 1% в популяции лиц старше 60 лет. Заболевание встречается, как правило, в пожилом и старческом возрасте. Средний возраст начала заболевания составляет 65,3+12,6 года, распространенность в популяции лиц старше 85 лет – 2205,3 на 100 000.

Цель исследования: оценить распространенность болезни Паркинсона в различных странах мира.

Материалы и методы: анализ литературного материала.

Результаты: Болезнь Паркинсона – медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание ЦНС, проявляющееся главным образом двигательными нарушениями в виде гипокинезии, ригидности мышц, тремора покоя.

Происхождение болезни Паркинсона остается до конца не изученным, тем не менее, в качестве причины заболевания рассматривается сочетание нескольких факторов: старение, наследственность, некоторые токсины и вещества, вирусные инфекции, приводящие к постэнцефалитическому паркинсонизму; атеросклероз сосудов головного мозга; тяжелые и повторные черепно-мозговые травмы.

Цифры общей распространенности БП, т.е. без возрастного распределения, различны для каждой страны и имеют следующие диапазоны по количеству случаев на 100 000 населения (данные литературного обзора): Северная Америка: США 107-329; Канада 126-244,4; Южная Америка: Боливия 50,2; Аргентина 656,8; Бразилия 330; Колумбия 31; Карибский бассейн: Куба 135; Азия: Восточная Азия: Япония 61,3-306,6; Китай 12,4-522; Корея 370; Юго-Восточная Азия: Сингапур 300; Тайвань 130,1; Южная Азия: Ин-

дия 328,3; Западная Азия: Израиль 240; Австралия: Австралия 107-414; Океания: Новая Зеландия 76; Африка: Ливия 31,4; Эфиопия 7; Танзания 20, Нигерия 58-67; Европа: Западная Европа: Острова Фарерские 183-206, Германия 183, Испания 122-170, Италия 104-168, Финляндия 120-166, Англия 121-139, Португалия 135, Франция 121-320, Шотландия 103, Норвегия 102, Швеция 76-115; Восточная Европа: Эстония 152, e-mail: 139,9-238, Польша 66, Болгария 137-164.

Общая заболеваемость как количество случаев БП на 100 000 населения в год имеет следующий диапазон (данные литературного обзора): Северная Америка: США 11,1-20,5; Канада 8,0-19,3; Африка: Ливия 4,5; Азия: Восточная Азия: Китай 1,5; Япония 10,3-16,9; Юго-Восточная Азия: Сингапур 32, Тайвань 10,4; Южная Азия: Индия – нет данных; Западная Азия: Израиль – нет данных; Австралия: 84 (в группе старше 55 лет); Европа: Западная Европа: Австрия 7; Италия 10-326,3; Испания 186,8; Фарерские острова 21,1; Норвегия 12,6; Великобритания 19; Нидерланды 11,5; Италия 10,1; Швеция 7,9; Финляндия 14,9; Исландия 16; Восточная Европа: Эстония 16,8; Польша 12,6; Россия 1,88-16,3 (максимальный показатель распространённости отмечен в Томске – 238 случаев на 105 населения, минимальный в Москве в 27 случаев на 105 населения).

Основные направления лечения болезни Паркинсона предусматривают следующие мероприятия:

- Лекарственную терапию (симптоматическую и нейропротективную).
- Немедикаментозные методы лечения.
- Медико-социальную реабилитацию.
- Нейрохирургическое лечение.

Вывод: на сегодняшний день основная проблема в области паркинсонизма связана с лечением, которое является пожизненным и требует постоянной коррекции. Болезнь Паркинсона относится к числу наиболее затратных заболеваний. Ежегодные затраты на ведение одного пациента в различных странах варьируют от 5 до 25 тысяч долларов США. Правильно спланировать затраты на оказание эффективной медицинской и социально-экономической помощи, определить приоритетные направления научно-практической работы помогают знания эпидемиологических особенностей заболевания в данном конкретном регионе.

НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Байрамукова Ф.М.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
e-mail: bairamukova1993@mail.ru*

Актуальность. Невропатии лицевого нерва до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем неврологии, причем актуальность проблемы определяется частотой возникающих при этой патологии осложнений и отсутствием достаточно эффективного лечения. частота невропатий лицевого нерва составляет в европейских странах 20, а в Японии 30 на 100 тыс. населения; не удается выявить ни сезонных, ни половых различий. частота различного рода осложнений при невропатиях составляет 25–30%.

Цель настоящего исследования:изучить наиболее частые причины возникновения невропатии лицевого нерва.

Материалы и методы:пациенты, поступившие в неврологическое отделение МБЛПУ Карачаевско-

го района КЧР и изучение истории болезни данных больных невротией лицевого нерва.

Результаты исследования: обработаны истории болезни 52 пациентов, средний возраст 40 лет, из них женщин 39 (75%), мужчин – 13 (25%). Большинство больных связывают болезнь со стрессовой ситуацией, 7 больных страдают гипертонической болезнью, у 2 пациентов- гнойный средний отит, у 2 – переломы височной кости, 5 – поступили с диагнозом – опухоль мостомозжечкового угла, 3- больные СПИДом.

На основании проведенного исследования выявлено , что, невропатия лицевого нерва возникла в результате:3,84% случаев – переломы височной кости, 3,84%- гнойный средний отит, 13,46% случаев – гипертоническая болезнь, 9,61% случаев – опухоль мостомозжечкового угла, 5,77% случаев – СПИД, и 63,48% случаев – стресс.

Исход лечения:в 80% случаев – улучшение, полное выздоровление (для лечения применяли: преднизолон (1 мг на кг веса пациента), мочегонные средства вазоактивная терапия (эуфиллин в\в, никотиновая кислота), витамины группы В. Антиоксиданты. Нейромидин).

Выводы. Наиболее частыми причинами возникновения невропатии лицевого нерва являются: гнойный средний отит;гипертоническая болезнь; опухоль мостомозжечкового угла; СПИД; стресс; переломы височной кости.

НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Беловолова В.Н., Долгарева С.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск, e-mail: dolgareva-svetlana@rambler.ru*

Цель исследования – изучение нарушений структурно-функциональных свойств мембраны эритроцитов у детей с аппендикулярным перитонитом.

Материалы и методы: Под постоянным наблюдением находилось 34 больных с верифицированным диагнозом аппендикулярный перитонит. Группа контроля состояла из 15 здоровых доноров-добровольцев того же возраста.

Эритроциты получали из 5 мл гепаринизированной крови по методу E. Beutler. Определяли сорбционную способность эритроцитов (ССЭ) по отношению к витальным красителям и сорбционную емкость их гликокаликса (СЕГ). О функциональном состоянии эритроцитов судили также по содержанию в них малонового диальдегида (МДА). Мембраны эритроцитов получали методом G.T. Dodge. Электрофорез проводили по методу U.K. Laemmli.

Результаты и их обсуждение: У больных с легкой формой аппендикулярного перитонита при поступлении снижается количество β-спектрина и подфракции анкирина и повышается содержание белка полосы 4.1, 4.2, дематина и тропомиозина, повышается общая сорбционная способность эритроцитов и концентрация малонового диальдегида.

У больных с тяжелой формой аппендикулярного перитонита дополнительно снижается количество α-спектрина, анионтранспортного белка, белка полосы 4.5, глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы (ГЗФД) и повышается количество актина, кроме это снижается общая сорбционная способность эритроцитов и достоверно больше возрастает внутриклеточная концентрация малонового диальдегида.

Вывод: Таким образом, исходя из функций интегральных и периферических белков мембраны