

трех местообитаниях. Выявление границ сезонных аспектов проводилось как отдельно по каждому году, так и по двухлетнему ряду данных. Сопоставление данных позволило сделать вывод, что границы совпадают или близки по срокам прохождения. Таким образом, проведенный анализ характера сезонной аспективности населения птиц в различных местообитаниях и в разные годы позволил выявить в качестве общих для города Бийска и его окрестностей семь сезонных периодов: 1 – предзимних кочевок (с середины сентября по конец декабря); 2 – относительной зимней стабилизации (с января по конец февраля); 3 - предвесеннего перераспределения (с начала марта по середину апреля); 4 - массового прилета и пролета (с середины апреля по конец мая); 5 - гнездования (с начала июня по середину июля); 6 – после гнездовых кочевок (с середины июля по середину августа); 7 – отлета, пролета и осеннего перераспределения (с середины августа по середину сентября). Сравнение границ сезонных аспектов населения птиц со сроками наступления и продолжительностью фенологических сезонов свидетельствует о совпадении основных границ осенней в середине сентября и весенней в конце мая, а также совпадении с границами субсезонов, в конце декабря, конце февраля, середине августа. Так, аспект предзимних кочевок охватывает всю осень и первозимье, аспект зимней стабилизации полностью совпадает со среднезимьем, предвесеннего перераспределения охватывают предвесенье и часть субсезона снеготаяния, массовый прилет и пролет незначительно запаздывает по сравнению с началом весны, а в течение лета проходит гнездование, послегнездовые кочевки, отлет и пролет основной массы птиц и эти сезоны совпадают с границами субсезонов. Таким образом, можно сказать, что в городе Бийске и окрестностях сезонная аспективность сообществ птиц не соответствует традиционному делению года на 4 основные периода: зимний, весенний, летний и осенний, но во все сезоны соответствует границам субсезонов или близка к ним. По сравнению с другими городами Западной Сибири город Бийск отличается более мягким климатом, особенно зимой, небольшими размерами и сильно вытянутой формой города вдоль рек. Смена феносезонов наступает примерно в одни и те же сроки. Все это создает условия для изменения характера населения птиц в связи с природными явлениями.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КРАТКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Желнин А.В., Черкасова В.Г.  
*Областная клиническая больница  
Пермская государственная медицинская  
академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава  
Пермь, Россия*

Жан-Мартен Шарко, выделив рассеянный склероз (РС) в самостоятельную нозологию в 1856 году, уже спустя несколько лет обратил внимание на своеобразное географическое распространение этого заболевания. С тех пор во всем мире продолжают изучать распределение этой болезни, пытаясь найти разгадку этиологии и патогенеза РС.

Территория Пермского края составляет 258 тыс. кв. км. На начало 2006 года численность постоянного населения Пермского края составила 2748,2 тыс. человек, в том числе городского - 2058,6 тыс. человек, сельского - 689,6 тыс. человек. Доля городского населения края продолжает оставаться более высокой (74,9%), чем в целом по России (72,9%) и Приволжскому федеральному округу (70,2%). В соответствии с административно-территориальным устройством в состав края входят Коми - Пермский автономный округ, 33 района, в том числе 19 - только с сельским населением, 25 городов, 38 поселка городского типа и 3713 сельских населенных пунктов. Неоднороден и национальный состав края: 79% составляют русские, 9% - коми-пермяки, 4,9% татары, 1,7% - башкиры, 1,5 - украинцы, 1,0% - удмурты, 0,6% белорусы, 0,5% немцы и др. В настоящее время возрастная структура населения края выглядит таким образом: 0-15 летние составили 17,3% в общей численности населения, 16-29 лет - 23,7%, 30-44 года - 21,4% 45-59 - 22,0%, 60 и старше - 15,6%.

Пермский край занимает часть Русской равнины и западных склонов Уральских гор в основном в зоне тайги и избыточного увлажнения в бассейне р. Камы на границе Европы и Азии. Длина территории края составляет 645 км, ширина - около 400 км.; имеется развитая промышленная структура (нефте-газовая, химическая, машиностроительная отрасли). Совокупность перечисленных факторов предопределяет своеобразие воздействия комплекса природных, социально-экономических, экологических факторов, а также значимость изучения эпидемиологии РС с учетом фактора «градиента широты».

Наши наблюдения свидетельствуют об абсолютном росте заболеваемости РС в Пермском крае за последнее десятилетие. Так, в 1997г в Пермской области было зарегистрировано 684, а в Коми-округе - 93 больных РС. На начало 2007г в Пермском крае (Пермская область объединилась с коми-округом в 2005г) количество боль-

ных РС составило 912 человек, т. е. увеличилось на 135 человек (17%). При этом установлена зависимость частоты РС от этнической принадлежности отдельных групп населения и биосоциальных (в т.ч. экологических) факторов. Распространенность РС в Пермском крае составляет  $31 \pm 5,8$  на 100 тыс. населения, что позволяет относить его территорию к зоне риска средней степени. Распространенность РС в пределах края неравномерна: показатели в промышленных районах, богатых вредными факторами выше - 36,8 на 100 тыс, тогда как в сельских 18,2 на 100 тыс. Это дает основание для утверждения о том, что в распространенности РС большую роль играет загрязнение среды обитания, прежде всего продуктами химической промышленности. Так называемые «кластеры» или «микрoэпидемии», т.е. высокие зоны риска РС в Пермском крае локализовались в районах богатых вредными внешними факторами (Краснокамск, Чусовой, Лысьва, Горнозаводск). Кроме того, анализ кластеров выявил определенную зависимость частоты случаев РС в этих регионах от уровня загрязнения рек, омывающих данные территории. Особенно четкая зависимость между высокой концентрацией фенолов, марганца, железа и меди и наличием «кластера» прослеживается в бассейнах рек Кама (район Краснокамска), Лысьва, Чусовая, Косьва.

Женщины болеют вдвое чаще мужчин, причем это различие более выражено в сельской местности. В возрасте до 35 лет дебют заболевания наблюдается в 91% случаев, вместе с тем за последнее десятилетие участилась регистрация дебюта заболевания, как у детей, так и у лиц, старше 50 лет. Отмечается предрасположенность к заболеванию лиц русской национальности, реже всего болеют коренные жители севера Пермского края, коми-пермяки. Клиническая картина РС в Пермском крае характеризуется преобладанием церебро-спинальной формы (87,2%), начальный период которой проявляется сенсорными, сенсо-моторными, вестибулярными нарушениями, а также ретробульбарными оптическими нарушениями. Реже регистрируются церебральный (9,8%) и спинальный (3,0%) варианты заболевания.

В настоящее время в Пермском крае создан регистр больных рассеянным склерозом, позволяющий отслеживать показатели распространенности, заболеваемости, эффективности различных профилактических и лечебных методов, а также планировать мероприятия медико-социальной реабилитации для пациентов с этим тяжелым, инвалидизирующим заболеванием.

## ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Желнина Ю.А., Черкасова В.Г.

*Клиническая медико-санитарная часть №1  
Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава  
Пермь, Россия*

Проблема когнитивных нарушений (КН) в последнее время привлекает все больше внимания, причем врачей разных специальностей – неврологов, психиатров, терапевтов, гериатров. Считается, что в норме снижение когнитивных функций отмечается после 50 лет, а у здоровых лиц старше 65 лет регистрируется в 40% случаев. С увеличением возраста неуклонно увеличивается доля лиц не с физиологическим (возрастным) снижением когнитивных функций, а с патологическими когнитивными нарушениями, причиной которых может быть любая церебральная патология и многие соматические заболевания. Учитывая полиэтиологичность как синдрома умеренных когнитивных нарушений (УКР), так и деменции, а также потенциальную обратимость вторичных когнитивных нарушений нами было предпринято данное исследование.

Цель: изучение структуры КН у пациентов гериатрического отделения по степени выраженности и нозологической принадлежности.

Материалы и методы: обследовано 120 пациентов (мужчин-38%, женщин 62%) в возрасте до 59 лет – 6 чел (5%), 60-75л-39 чел (33%), 75-90- 65 чел (54%), старше 90 лет -10 чел (8%). Средний возраст составил  $69,1 \pm 4,4$ г.

Всем пациентам проведено клиническое неврологическое обследование и нейропсихологическое тестирование, проанализированы все истории болезни и зафиксированы лекарственные средства, которые больной принимал в течение последних 2х месяцев.

Исследование когнитивной сферы было направлено как на выявление степени выраженности КН, для чего нами использовались диагностические критерии УКР и деменции, тест рисования часов, тест 5 слов в интерпретации Дюбуа и минимальная оценка психических функций по шкале MMSE, так и на нозологическую диагностику. Для верификации причины когнитивных нарушений использовались «Критерии диагноза «вероятная болезнь Альцгеймера», «Критерии клинического диагноза деменции с тельцами Леви, «Критерии клинического диагноза «вероятная сосудистая деменция» и «Критерии клинического диагноза фронто-темпоральная деменция». Для верификации потенциальных причин вторичной деменции проводились: общий анализ крови, биохимические показатели функции печени и почек, ЭКГ, КТ или МРТ головного мозга, а по индивидуальным показаниям – исследование гормонов щитовидной железы, дуплексное (три-