

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-

плексное) сканирование брахиоцефальных артерий. С целью дифференциации деменции и депрессии использовалась гериатрическая шкала депрессии.

Результаты: нормальное состояние когнитивной сферы у 13 человек (11%), умеренные когнитивные расстройства у 44 (37%) больных, деменция у 48 пациентов (40%), в том числе легкой степени у 9 (8%), умеренной степени у 20 (17%) и выраженной степени у 15 (12%) пациентов.

Анализ нозологической структуры деменции показал преобладание сосудистодегенеративной (21%), сосудистой деменции (19%) и болезни Альцгеймера (17%), в 15% наблюдений была зарегистрирована деменция вызванная, или усугубившаяся под действием лекарственных препаратов (ятрогенная), дисметаболическая и алкогольная энцефалопатии встречались в 8% наблюдений каждая. В качестве причины УКР чаще всего регистрировались дисциркуляторная энцефалопатия (27%) и интоксикация лекарственными препаратами (19%), реже - смешанная энцефалопатия (14%), вероятный дебют болезни Альцгеймера (11%) и алкогольная энцефалопатия (11%).

Комментируя высокую распространенность ятрогенных когнитивных нарушений, следует отметить, что 93 пациента получали 104 препарата, оказывающих отрицательное влияние на когнитивные функции (1 препарат получали - 85, 2 препарата - 5, 3 препарата - 3 человека). Так, холинолитики принимали 7 человек, бензодиазепины 16 человек, барбитураты -1, антигистаминные- 4, нейролептики - 18, циннаризин 4 человека.

Лекарственные препараты, действие которых не предусматривает отрицательного влияния на когнитивную сферу принимали 10 пациентов (8%), а пациенты, принимающие местное лечение или не принимающие никаких лекарственных препаратов составили группу численностью 17 человек (14%).

Таким образом, нормальное состояние когнитивной сферы имело место у 13 человек (11%), умеренные когнитивные расстройства у 44 (37%) больных, деменция у 48 пациентов (40%), причем 78% больных получали лекарственные препараты, отрицательно влияющие на когнитивные функции.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ СПИНАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ ПОД ВЛИЯНИЕМ РЕНТГЕНОВСКИХ ЛУЧЕЙ

Мельчиков А.С.

*Сибирский государственный медицинский
университет
Томск, Россия*

Практически все население России на протяжении жизни подвергается действию рентгеновских лучей при прохождении диагностических и лечебных мероприятий. В связи с этим, существует необходимость в изучении биохимических изменений в чувствительных нейронах спинальных ганглиев, при действии X-лучей.

Исследование проведено на 81 половозрелой морской свинке-самце, из которых в эксперименте были использованы – 51, а 30 служили в качестве контроля. Экспериментальные животные подвергались действию однократного обшего рентгеновского излучения (доза – 5 Гр, фильтр – 0,5 мм Си, напряжение 180 кВ, сила тока 10 мА, фокусное расстояние – 40 см). В качестве источника излучения был использован рентгеновский аппарат «РУМ-17». Выведение животных из эксперимента и забор материала производился сразу, через 6 часов, на 1, 5, 10, 25 и 60-е сутки после окончания воздействия. Спинальные ганглии были взяты на уровне различных отделов спинного мозга (шейный, грудной, поясничный). Гистоэнзимологическому исследованию подвергался уровень активности НАДН2 и СДГ в цитоплазме чувствительных нейронов спинальных ганглиев. Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием критерия Стьюдента.

Сразу после окончания действия X-лучей в чувствительных нейронах большинства отделов отмечается снижение активности НАДН2 и СДГ ($p < 0,05$). В дальнейшем активность НАДН2 и СДГ продолжает снижаться, достигая минимума на 10-е сутки, составляя в нейронах: шейного – 80,7% и 83,5%, грудного – 84,5% и 84,0%, поясничного отделов – 87,9% и 96,6% от контроля ($p < 0,05$). В последующие сроки происходит повышение активности НАДН2 и СДГ, достигая максимума, в большинстве отделов, на 60-е сутки, составляя в нейронах: шейного – 93,9% и 95,2%, грудного – 96,9% и 96,8%, поясничного – 95,6% и 91,3% от исходного, соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствует о существенном изменении активности НАДН2 и СДГ при действии X-лучей.