челюсти (26,9%). Премоляры поражались в 27,7% случаев (11,3% верхняя челюсть, 16,4% верхняя челюсть). Третье место по частоте поражения заняли резцы 14,3% (7,5% верхняя челюсть, 6,8% нижняя челюсть).

Следует отметить, что при более подробном анализе поражаемости кариесом отдельных зубов верхней и нижней челюсти самый большой процент поражаемости кариесом наблюдался в первых молярах 33,5% (на нижней челюсти 18,0%, на верхней 15,5%). Причем у девушек поражение первого моляра верхней челюсти отмечалось в 1.4 раза чаще, а поражение первого моляра нижней челюсти в 2,1 раза, чем у юношей. Второй моляр поражался в 22,4% (11,4% верхней челюсти, 11,0% нижней челюсти). У девушек частота поражения второго моляра встречалась чаще в 1,3 раза.

Третий моляр верхней челюсти поражался в 4,3% случаев, нижней в 0,6%. Кариозный процесс у юношей наблюдался в 2,01 раза чаще по сравнению с соответствующими показателями у девушек. Частота кариозного процесса центральных резцов была больше у юношей в 2,4 раза.

Таким образом, особое внимание при проведении профилактики кариеса зубов особое внимание необходимо уделять молярам верхней и нижней челюсти как у юношей, так и у девушек.

Список литературы

1. Ушакова И.А., Мандриков В.Б., Михальченко Д.В. Иностранные студенты в городе / И.А. Ушакова, В.Б. Мандриков, Д.В.Михальченко //Социология города. 2011. № 4. С. 36-41.
2. Тюренков И.Н., Маслак Е.Е., Наумова В.Н.Сравнительная оценка студентов медицинского и немедицинского вузов как потребителей лекарственных средств для профилактики и лечения стоматологических заболеваний / И.Н. Тюренков, Е.Е. Маслак, В.Н.Наумова // Dental Forum. 2012. № 5. С. 126.
3. Крюкова А.В., Осипов А.Е., Денисенко Л.Н. Стоматологическое здоровье студентов / А.В. Крюкова, А.Е. Осипов, Л.Н. Денисенко // Успехи современного естествознания. 2013. № 9. С. 54.

Секция «Неврология», научный руководитель – Карпов С.М.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Денисюк В.В., Абдуллаева Д.А., Диденко Н.Н., Потапова И.Г., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: frodo89@yandex.ru

«Нейросифилис» (НС) – собирательное обозначение поражения нервной системы при сифилитической инфекции, которое может возникать в любой стадии развития этой инфекции и зависит от попадания возбудителя сифилиса (бледной трепонемы) в ткани мозга. НС подразумевает комплекс симптомов поражения нервной системы, которые по мере нарастания заболевания изменяются, формируя различные проявления НС [4, 6, 7].

Выделяют две клинические и патоморфологические формы НС. Ранний НС развивается обычно в течение первых 5 лет после заражения и характеризуется локализацией сифилитического процесса преимущественно в сосудах и оболочках головного и спинного мозга. При позднем нейросифилисе (паренхиматозный, эктодермальный) поражается главным образом нервная ткань на различных ее уровнях. Поздние формы НС развиваются спустя 10-15 лет после начала инфекции. Диагностика НС нередко представляет сложную задачу на разных этапах развития данной патологии. В этой связи установление правильного диагноза возможно лишь в 30-70% случаев [3, 6].

Опасность позднего нейросифилиса заключается в том, что он вызывает необратимые повреждения не только нервной системы, но и многих других органов, приводит к стойкой инвалидизации и гибели больных. Поэтому с решением вопросов диагностики и терапии позднего нейросифилиса сталкиваются врачи разных специальностей: дерматовенерологи, неврологи, офтальмологи, отоларингологи, психиатры, ортопеды и др. [5].

На протяжении последних десятилетий в Российской Федерации на фоне снижения общего уровня заболеваемости сифилисом остается высоким удельный вес латентных форм сифилиса, в том числе и нейросифилиса [2, 4, 6].

По ЮФО доля скрытых форм сифилиса составляет 45%, в Кабардино-Балкарии – 73% , Астраханской области – 66%, Ставропольском крае – 49%. [3] При анализе структуры заболеваемости различными формами сифилиса, в настоящее время отмечается увеличение случаев НС, а также увеличение частоты явлений серорезистентности, скрытых форм и т.д. Так, например, в 1992 г. количество больных НС составляло 19 на 100 тыс. населения, а в 2002 г. эта цифра составила 220 на 100 тыс. населения. НС обнаруживается у 60% больных сифилисом. [6]

Список литературы

1. Васильева О.А., Кубрин Е.А., Карпов С.М., Шевченко П.П. Поздний нейросифилис как фактор когнитивных нарушений. Фундаментальные исследования. – 2012. – № 4 (часть 2). – С. 256-259.
2. Дамулин И.В., Яворская С.А., Нам Е.О., Левченко А.Г., Тушканова М.В. Когнитивные и психические нарушения при нейросифилисе Неврологический журнал. – 2006. – Т. 11, № 4. – С. 36–41.
3. Казиев А.Х. Комплексная диагностика и терапия нейросифилиса (нейрофизиологические и иммунологические аспекты): автореф. дис. … д.м.н. – М., 2010.
4. Казиев А.Х., Карпов С.М., Кубрин Е.М. Показатели когнитивных функций мозга при нейросифилисе // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2010. – № 2. – С. 43–45.
5. Родиков М.В. Поздний нейросифилис (клинико-эпидемиологическая характеристика, механизмы развития, оптимизация терапии): автореф. дис. … д.м.н. – Иркутск, 2009.
6. Самцов А.В. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. – СПб., 2006.
7. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Савушкина И.Ю., Подчуфарова Е.В., Захаров В.В., Степкина Д.А., Шмидт Т.Е., Левченко А.Г. Хронический сифилитический менингоэнцефалит с нормотензивной гидроцефалией («прогрессирующий энцефалит») // Неврологический журнал. 2009. № 4. С. 34–41.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОНМК В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Потапова И.Г., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: ch_202@mail.ru

Острые нарушения мозгового кровообращения на сегодняшний день являются важнейшей медико-социальной проблемой во всех экономически развитых странах мира, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения [2, 5].

По данным Всемирной Федерации неврологических обществ, ежегодно в мире регистрируется около 15 миллионов инсультов. Актуальность изучения данной проблемы обусловлена также тяжестью заболевания, ведущей в большинстве случаев к утрате трудоспособности и первичной инвалидизации пациентов [8].

В России заболеваемость инсультом остается одной из самых высоких в мире, занимая 2-е место в структуре смертности от болезней системы крово-

обращения (39 %). Ежегодно в нашей стране инсульт переносят более 450 000 человек, что составляет 340 случаев на 100 тыс. человек в год. Кроме того, наблюдается тенденция к «омоложению» инсульта с увеличением его распространенности у лиц трудоспособного возраста. [7]

Высокая частота встречаемости ОНМК, инвалидности и смертности после перенесенного инсульта, значительное «омоложение» последнего, указывают на насущную необходимость изучения этой патологии у лиц молодого, трудоспособного возраста, в особенности проживающих в приграничном, наиболее опасном в террористическом плане регионе – на Ставропольской возвышенности [6].

Показатели заболеваемости в Ставропольском крае в 2011 году были сопоставимы с аналогичными показателями по России и за указанный период составили 390 случаев на 100 тыс. населения (в сравнении с 2010 – 431,1 случай); соответственно отмечается снижение данного показателя. Среди мужчин инцидентность инсульта несколько выше (402 случая на 100 тыс. населения), чем женщин (378 случай). В возрастном аспекте данный показатель выше в популяции старше 70 лет (256 случаев на 100 тыс. населения). Следует отметить, что Ставропольский край отличается от других регионов по численности населения данной возрастной группы. Несмотря на средние показатели заболеваемости, в крае отмечаются достаточно высокие показатели смертности от инсульта, которые в 2011 году составили 119 случаев на 100 тыс. населения (в 2010 – 186 случаев). Данный показатель выше среди женщин (124 случая на 100 тыс. населения), чем у мужчин (109 случаев) и в возрастной группе лиц старше 70 лет (152 случая смерти на 100 тыс. населения) [1].

Выводы

Показатели заболеваемости в Ставропольском крае сопоставимы с аналогичными показателями по России, при этом наблюдается тенденция к снижению

Среди мужчин инцидентность инсульта несколько выше, чем среди женщин; в возрастном аспекте данный показатель выше в популяции старше 70 лет

Показатели смертности от инсульта в крае достаточно высокие, при этом также наблюдается тенденция к снижению

Среди мужчин смертность от инсульта несколько ниже, чем среди женщин; в возрастном аспекте данный показатель выше в популяции старше 70 лет

Список литературы

1. Богатырева М.Д., Клочихина О.А., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в Ставропольском крае. Медицинский вестник Северного Кавказа – 2013; Т.8; № 1.

2. Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Инсульт: состояние проблемы // В сб.: Труды Всероссийского общества неврологов России «Неотложные состояния в неврологии». Орел, 2002, с. 5-12.

3. Ревегук Е.А., Карпов С.М. Распространенность ОНМК среди лиц молодого возраста. Успехи современного естествознания. 2012. № 5. С. 61-62.

4. Карпов С.М., Гнездицкий В.В., Францева В.О., Власова Д.Ю., Калоев А.Д., Кобыляцкий С.В. Использование цераксона в лечении когнитивных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией. Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 4. С. 52-56.

5. Скворцова В.И. Взгляд на проблему. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта. Качество жизни 2004; № 4. С. 2-6.

6. Стародубцев А.А. Острые нарушения мозгового кровообращения у лиц молодого возраста и профилактика повторных острых нарушений мозгового кровообращения: автореф. дис. к.м.н. – Пятигорск, 2005.

7. Яхно Н.Н., Виленский Б.С. Инсульт как медико–социальная проблема. //Русский медицинский журнал. 2005. Т.13. № 12. С.807–815.

8. Javadova E.A., Boutikov V.N., Zaslavsky A.S., Penina G.O., Pruglo O.S., Murashko M.A. Acute cerebral circulatory disorders in periclimacteric women in the Komi Republic // Bulletin of the International Scientific Surgical Association, 2010, Vol. 5, N. 2-3.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И ДЕБЮТ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Исмаилов М.Г., Шевченко П.П., Ященко И.А.

Городская клиническая больница № 4, Ставрополь, e-mail: gagatli2007@rambler.ru

Актуальность: рассеянный склероз в области неврологии остается одной из важных проблем, представляя собой прогрессирующее демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы с неизвестной этиологией, с выраженной широкой клинической симптоматики, как правило, с частым плохим прогнозом. Медико-социальная значимость данного неврологического заболевания связана с его высокой распространенностью, заболеванием людей молодого трудоспособного возраста, ранней их инвалидизацией, а в настоящее время «рамки» дебюта расширились. Рассеянный склероз стал диагностироваться в возрасте как до, так и после 45 лет. Почти в 2 раза чаще заболевают женщины, чем мужчины, но вероятность дальнейшего развития неблагоприятного течения у мужчин выше. В связи с этим изучение особенностей клинического течения рассеянного склероза и дебюта в пожилом возрасте является актуальным и необходимым для оптимизации специализированной помощи пожилым больным рассеянным склерозом.

Цель данного исследования: выявить особенности клинического течения рассеянного склероза и дебюта в пожилом возрасте.

Материал и методы: проанализированы данные 932 больных рассеянным склерозом. Среди них было 607 женщин (65 %) и 325 мужчин (35 %), а количество пожилых больных(>50 лет) с рассеянным склерозом составило – 121 человек (13 %). Возраст больных рассеянным склерозом варьировал от 17 до 69 лет.

Всем больным проводилось комплексное клинико-неврологическое исследование, МРТ-исследование головного и спинного мозга. Расчет показателей распространенности и заболеваемости проводился на 100 тысяч населения. Диагноз рассеянного склероза устанавливался на основании международных критериев, оценки неврологического статуса, данных МРТ головного и спинного мозга. Проводился анализ анамнеза рассеянного склероза у больных пожилого возраста и особенности клинического течения рассеянного склероза и дебют в пожилом возрасте.

Результаты. Нами были выявлены следующие факторы риска развития заболевания: вирусные инфекции, бактериальные инфекции, наличие в анамнезе хронического тонзиллита, а так же проживание в непосредственной близости от химического производства. У больных пожилого возраста мы выявили, что заболевание с самого начала приобретает прогрессирующий характер, имеет спинальную форму рассеянного склероза и вид нарастающей миелопатии: нарушения глубокой чувствительности в ногах, нижний спастический парапарез, нарушение функции тазовых органов. После проведенного нами анализа 80 % больных пожилого возраста имеют 4 степень тяжести рассеянного склероза. Фаза дебют является началом рассеянного склероза и это выражено поражением рефлекторной дуги.

Вывод: рассеянный склероз у пожилых больных имеет первично-прогрессирующий характер без периодов ремиссии с тяжелой степенью заболевания и имеет спинальную форму поражения, что ставит перед нами новую цель: эффективное симптоматическое лечение и улучшение качества жизни пожилых больных рассеянным склерозом.