

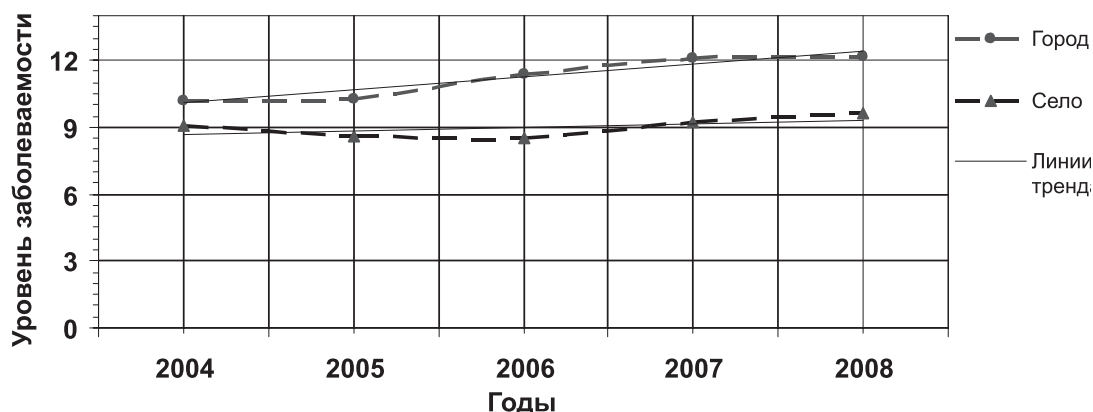


Рис. 3. Выровненные стандартизованные показатели заболеваемости раком ободочной кишки в городской и сельской местности Краснодарского края в 2004–2008 гг. (на 100 000 населения)

В третий уровень вошли Отрадненский (20,0), Новокубанский (19,0), Тбилисский (18,7), Северский (16,4), Крыловский и Усть-Лабинский (по 16,1), Калининский, Лабинский и Новопокровский (по 14,0), Успенский (4,8) районы; города Абинск (24,3), Белореченск (24,1), Кореновск (23,2), Славянск-на-Кубани (22,2), Горячий Ключ (21,9).

Среднегодовые (за исследуемые пять лет) интенсивные показатели позволили более четко расставить территориальные административные образования по уровню заболеваемости. Однако они не обеспечивают достаточной достоверности: во-первых, вследствие малого числа заболеваний, а расширение периода наблюдений искажает настоящий уровень заболеваемости из-за ее выраженного динамизма; во-вторых, по ежегодным показателям ранговые места административно-территориальных образований меняются довольно хаотично.

В то же время распределение рака ободочной кишки в Краснодарском крае в соответствии с принятым делением его территории по природно-климатическим и экологическим зонам (Северная, Центральная, Западная, Южно-Предгорная, Анапо-Таманская, Причерноморская) не дало достаточных оснований утверждать о наличии нозогеографии рака ободочной кишки в Краснодарском крае.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о том, что в Краснодарском крае на протяжении исследуемых пяти лет наблюдается тенденция к росту заболеваемости раком ободочной кишки. Выявленная тенденция носит достоверный и устойчивый

характер и затрагивает как городское, так и сельское население.

Уровень заболеваемости раком ободочной кишки городских жителей выше, чем сельских, а темп роста практически одинаков.

Заболеваемость раком ободочной кишки нарастает с увеличением возраста, а максимальный ее уровень наблюдался в возрасте 60–69 лет. Во всех возрастных группах уровень заболеваемости был выше у мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Двойрин В. В., Аксель Е. М., Трапезников Н. Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1995 г. — М.: ОНЦ РАМН, 1996. — 273 с.
2. Старинский В. В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006 году // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН. — М., 2009. — Т. 19. — С. 52–85.
3. Чиссов В. И., Старинский В. В. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2005 году // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН. — М., 2008. — Т. 17. — С. 78–92.
4. Black R., Bray E., Ferley J., Parkin D. Cancer incidence and mortality in the European Union. Cancer Registry Data and Estimates of National incidence for 1990 // European Journal of Cancer. — 1997. — V. 33. № 7. — P. 1075–1107.
5. Parker S., Tong T., Bolden S., Wingo P. Cancer statistic, 1997 // Ca — A Cancer J. for Clinicians. — V. 47. № 1 — P. 5–27.

Поступила 14.03.2010

Р. К. КАРИПИДИ, А. В. САХАРОВ

АНАЛИЗ ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины
Кубанского государственного медицинского университета,*

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: saharob@inbox.ru, тел. (861) 2686229

Проведено изучение тяжести первичной инвалидности в Краснодарском крае от дорожно-транспортных происшествий за 2005–2008 гг. Выявлен высокий уровень инвалидности в I и II группах. Основанием для установления I группы инвалидности были последствия травм множественной локализации, II и III групп — травмы нижних конечностей.

R. K. KARIPIDI, A. V. SAKHAROV

ANALYSIS OF THE SEVERITY OF PRIMARY DISABILITY DUE TO TRAFFIC ACCIDENTS IN THE KRASNODAR REGION

Department of public health, health and medicine history of Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin st., 4. E-mail: caxarob@inbox.ru, tel. (861) 2686229

A study of gravity of the primary disability in the Krasnodar region of accidents for the years 2005–2008. Found a high level of disability in groups I and II. The basis for the establishment of group I disability were the consequences of multiple injuries localization, II and III group – injuries of the lower extremities.

Key words: disability, accidents, disability group.

Работы исследователей, касающиеся инвалидности, связанной с дорожно-транспортными происшествиями свидетельствуют о высокой степени утраты трудоспособности при этом виде травматизма [2, 1].

По результатам нашего исследования, основанного на первичных материалах (1225 актов освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы Краснодарского края с 2005 по 2008 г.), из числа впервые вышедших на инвалидность вследствие дорожно-транспортных происшествий в 2008 г. инвалидами I группы признаны 41 человек (13,2%), II группы – 15 человек (51,0%), III группы – 108 человек (35,8%) из числа взрослого населения.

За исследуемый период отмечено увеличение числа лиц, признанных инвалидами I группы (с 10,3% в 2005 г. до 13,2% в 2008 г.), и более значительное – II группы (с 44,7% в 2005 г. до 51,0% в 2008 г.), что является свидетельством утяжеления последствий дорожно-транспортных происшествий.

Структура инвалидности вследствие ДТП по группам имеет свои особенности (табл. 1).

Инвалиды I группы составляют $10,2 \pm 1,3\%$, II – $48,8 \pm 2,1\%$, III – $41,0 \pm 2,0\%$, т. е. несколько преобладают инвалиды II группы. У мужчин доля инвалидов I группы более чем в два раза превышает таковую у женщин ($13,3 \pm 1,4\%$ против $5,2 \pm 1,2\%$ соответственно). Доля инвалидов II группы среди мужчин ($49,0 \pm 2,1\%$) и среди женщин ($48,4 \pm 2,7\%$) практически одинакова. У женщин отмечается преобладание инвалидов III группы ($46,4 \pm 2,7\%$) по сравнению с мужчинами ($37,7 \pm 2,0\%$).

И среди мужчин, и среди женщин наблюдается тенденция роста наиболее тяжелых групп инвалидности.

Среди инвалидов I группы основными причинами первичной инвалидности в 2008 г. являлись множественные травмы (42,8%) далее следуют травмы головы (39,2%) и позвоночника – 10,0% (табл. 2).

В 2005 г. в структуре I группы инвалидности на первом месте были повреждения позвоночника (38,0%), далее следуют травмы тазобедренного сустава и бедра (28,5%), множественные травмы (19,0%) и травмы головы (14,5%).

В структуре II группы инвалидности в 2008 г. первое место занимают повреждения тазобедренного сустава и бедра (58,3%), на втором – множественные травмы (22,5%), на третьем – травмы позвоночника (10,8%), на четвертом – травмы головы (8,4%). В 2005 г. структура II группы инвалидности была аналогичной: на первом месте повреждения тазобедренного сустава и бедра (55,1%), далее следуют множественные травмы (17,2%), травмы позвоночника (16,4%) и головы (11,3%).

В структуре II группы инвалидности в 2008 г. по сравнению с 2005 г. увеличился удельный вес травм нижних конечностей и бедра и множественных травм и уменьшилась доля травм позвоночника и головы.

Среди причин инвалидности III группы в 2008 г. превалировали травмы тазобедренного сустава и бедра (38,7%) и травмы позвоночника (31,9%), на третьем месте находились травмы головы (21,1%), на четвертом – множественные травмы (8,3%). В 2005 г. в структуре этой группы инвалидности на первом месте были травмы позвоночника (34,8%), на втором – травмы тазобедренного сустава и бедра (32,4%), на третьем – множественные травмы (27,3%), на четвертом – травмы головы (5,5%).

Таким образом, основанием для установления I группы инвалидности вследствие ДТП были последствия множественных травм. Дорожные травмы нижних конечностей являлись основной причиной установления II и III групп инвалидности.

Уровень первичной инвалидности от ДТП с учетом группы по локализации повреждений в 2008 г. представлен в таблице 3.

Таблица 1

Структура первичной инвалидности взрослого населения Краснодарского края вследствие ДТП по группам инвалидности и полу (в %)

Пол	Группа инвалидности			Всего
	I	II	III	
Мужчины	$13,3 \pm 1,4$	$49,0 \pm 2,1$	$37,7 \pm 2,0$	100,0
Женщины	$5,2 \pm 1,2$	$48,4 \pm 2,7$	$46,4 \pm 2,7$	100,0
Оба пола	$10,2 \pm 1,3$	$48,8 \pm 2,1$	$41,0 \pm 2,0$	100,0

**Распределение впервые признанных инвалидами вследствие ДТП
по локализации повреждений и группам инвалидности в 2005–2008 гг. (в %)**

Локализация повреждений	I группа		II группа		III группа	
	2005 г.	2008 г.	2005 г.	2008 г.	2005 г.	2008 г.
Множественная травма	19,0	42,8	17,2	22,5	27,3	8,3
Голова	14,5	39,2	11,3	8,4	5,5	21,1
Позвоночник	38,0	10,0	16,4	10,8	34,8	31,9
Тазобедренный сустав и бедро	28,5	8,0	55,1	58,3	32,4	38,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3

**Уровень первичной инвалидности вследствие ДТП у взрослого населения
по локализации травм и группам инвалидности в Краснодарском крае
в 2008 г. (на 100 000)**

Локализация травм	Группа инвалидности			Всего
	I	II	III	
Множественные травмы	0,8	0,5	0,4	1,7
Голова	0,4	0,3	0,2	0,9
Позвоночник	0,2	0,2	0,3	0,7
Тазобедренный сустав и бедро	0,1	0,7	0,4	1,2
Всего	1,5	1,7	1,3	4,5

Уровень инвалидности I группы в контингенте впервые признанных инвалидами был высоким при множественных травмах (0,8) и травмах головы (0,4) на 100 000 взрослого населения и значительно ниже при повреждениях позвоночника (0,2) и тазобедренного сустава и бедра (0,1).

Частота выхода на II группу инвалидности была на более высокой при травмах тазобедренного сустава и бедра (0,7) и множественных травмах, (0,5), вдвое ниже при травмах головы (0,3) и позвоночника (0,2).

Выход на III группу инвалидности был одинаковым при множественных повреждениях (0,4) и травмах тазобедренного сустава и бедра (0,4), несколько ниже при травмах позвоночника (0,3) и вдвое ниже при травмах головы (0,2).

Таким образом, в структуре первичной инвалидности вследствие ДТП больше всего инвалидов II группы и более высокий уровень инвалидности вследствие повреждений множественной локализации и травм таза и бедра.

При анализе уровня инвалидности в I группе инвалидности вследствие травм множественной локализации за период 2005–2008 гг. был установлен достоверный ($p < 0,05$) рост показателя за этот период на 0,32 случая на 100 000 взрослого населения. В 2005 г. выход на I группу инвалидности по этой причине составил $0,48 \pm 0,11$, а в 2008 г. – $0,8 \pm 0,13$ случая. Незначительно изменилась частота выхода на инвалидность I группы при травме головы: с $0,36 \pm 0,11$ случая в 2005 г. до $0,4 \pm 0,12$ в 2008 г. на 100 000 взрослого населения.

Отмечается четкая тенденция к увеличению частоты выхода на II группу инвалидности в связи с травмами тазобедренного сустава и бедра: с 0,36 случая на

100 000 взрослого населения в 2005 г. до 0,7 случая в 2008 г. – и снижению при травмах множественной локализации: с 0,65 в 2005 г. до 0,5 в 2008 г.

Отчетливой тенденции к росту или снижению показателей выхода на III группу инвалидности при отмеченных ведущих локализациях дорожных травм не выявлено.

Если суммировать травмы конечностей, вошедшие в причину инвалидности, обозначенную как множественные повреждения и повреждения тазобедренного сустава и бедра, становится понятным, что повреждения нижних конечностей являются наиболее часто встречающимся видом травматизма, приводящим к инвалидизации пострадавших. Переломы костей нижних конечностей являются преобладающей локализацией повреждений опорно-двигательного аппарата, приводящих к ограничению основных категорий жизнедеятельности больных и их социальной защите. По материалам [3, 4, 6, 5], основным механизмом возникновения повреждения нижних конечностей от 36,5% до 47,2% случаев являются дорожно-транспортные повреждения.

Нами проанализированы данные первичной инвалидности среди лиц с последствиями переломов костей нижних конечностей, прошедших освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы края.

Согласно проведенному анализу, за исследуемый период 49,8% больных, впервые признанных инвалидами по последствиям переломов костей нижних конечностей вследствие ДТП, находились в наиболее молодом возрасте (женщины – от 18 до 44 лет, мужчины – от 18 до 49 лет).

На втором месте по частоте установления групп инвалидности находятся лица пенсионного возраста

**Локализация повреждений нижних конечностей в результате ДТП,
приводящих к установлению группы инвалидности, в 2005–2008 гг. (в %)**

Локализация перелома	Годы				Всего
	2005	2006	2007	2008	
Шейка бедренной кости	19,1	17,2	20,3	14,8	18,3
Диафиз бедренной кости	29,4	20,1	28,9	31,7	22,6
Повреждение коленного сустава	14,2	15,2	10,6	11,8	16,7
Переломы костей голени	39,7	40,3	33,2	35,9	32,4
Переломы в области голеностопного сустава	1,6	7,2	7,0	5,8	10,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(25,8%). В этой группе особенно велик процент тяжелых групп инвалидности за счет как декомпенсации имевшихся до травмы соматических заболеваний, так и большого количества осложнений таких переломов, как переломы шейки бедра.

На третьем месте больные, ставшие инвалидами в возрасте от 45 до 54 лет среди женщин и от 50 до 59 лет у мужчин (24,4%).

Мужчины чаще становятся инвалидами вследствие ДТП нижних конечностей, чем женщины. Так, в 2005 г. 72,1% стали инвалидами по последствиям повреждений нижних конечностей, в 2006 г. – 73,6%, в 2008 г. – 63,9%.

Наиболее часто встречающиеся локализации травм нижних конечностей, приводящие к выходу на инвалидность, представлены в таблице 4.

Из таблицы видно, что последствия повреждений голени наиболее часто (32,4%) становятся причиной установления той или иной группы инвалидности. Второе и третье места занимают соответственно последствия переломов диафиза (22,6%) и шейки бедренной кости (18,3%). Далее следуют последствия повреждений коленного (16,7%) и голеностопного (10,0%) суставов.

Ранговое распределение локализации повреждений, послуживших причиной выхода на инвалидность, в течение исследуемых лет оставалось неизменным, с той лишь разницей, что в 2006 г. удельный вес переломов костей голени был наиболее высоким (40,3%).

Среди впервые признанных инвалидами по последствиям описанных локализаций наиболее высок процент тяжелых групп инвалидности при последствиях переломов шейки и диафиза бедренной кости. Так, в 2008 г. I группа инвалидности установлена по поводу этих причин у 11,8% освидетельствованных, II – у 67,9%, III – у 20,3%. При переломах костей голени и коленного сустава I группа инвалидности установлена у 6,7% освидетельствованных, II – у 60,8%, III – у 32,5%.

Таким образом, в структуре первичной инвалидности вследствие травм нижних конечностей, полученных в результате ДТП, ведущее место принадлежит последствиям повреждения голени, а тяжесть инвалидности выше при переломах диафиза бедренных костей и шейки бедра.

Позвоночно-спинномозговая травма относится к числу самых тяжелых повреждений и часто приводит к утрате трудоспособности и инвалидности.

Статистические данные последних лет свидетельствуют о ежегодном увеличении числа больных с трав-

матическими поражениями спинного мозга в результате дорожно-транспортного травматизма.

При травматическом поражении позвоночника в большинстве случаев выход на инвалидность обусловлен не столько самой травмой, сколько ее последствиями, связанными с поражением спинного мозга.

Анализ результатов нашего исследования показал, что общее число впервые признанных инвалидами при обозначенной локализации дорожно-транспортных травм в Краснодарском крае за исследуемые годы составило 144 человека. Уровень инвалидизации увеличился в три с лишним раза (с 0,2 в 2005 г. до 0,7 в 2008 г. на 100 000 взрослого населения).

Распределение всех впервые признанных инвалидами на возрастные группы соответственно отчетной форме № 7-собес показало, что в первой возрастной группе (женщины от 18 до 44 лет и мужчины от 18 до 49 лет) инвалидами I группы признаны 52 человека. Во второй возрастной группе (женщины от 45 до 54 лет и мужчины от 50 до 59 лет) инвалидами I группы признаны 26 человек; II группы – 20; III группы – 14 человек. В третьей возрастной группе (лица пенсионного возраста) инвалиды распределились следующим образом: I группа – 11 человек, II группа – 18 человек, III группа – 3 человека.

У лиц первой возрастной группы чаще страдал шейный отдел позвоночника (57,1%), второй и третьей возрастных групп – поясничный отдел, грудной отдел позвоночника был менее частой локализацией позвоночно-спинномозговой травмы, но тяжесть инвалидности, связанной с его повреждением (93,0% всех впервые признанных инвалидами имели I группу), убедительно превосходила таковую при других локализациях травм позвоночника ($p < 0,05$).

Таким образом, наибольшее число инвалидов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы – 77,3% – приходится на первую и вторую возрастные группы, т. е. лица наиболее молодого, трудоспособного возраста. Кроме того, тяжелые группы инвалидности (I и II) в общей структуре составили 97,2%, III группа инвалидности установлена у 2,8% освидетельствованных.

Травмы верхних конечностей – часто встречающаяся локализация при ДТП, но в структуре первичной инвалидности их доля не столь велика. В 2008 г. эта локализация в структуре причин первичного выхода на инвалидность находилась на третьем месте – 14,3% (в 2005 г. – 22,3%) после переломов нижних конечностей (43,7%) и повреждений позвоночника (24,8%).

По локализации дорожно-транспортные травмы верхних конечностей, послужившие основанием для установления групп инвалидности, представлены переломами плеча (включая ампутации) – в 51,6% случаев, предплечья (включая ампутации) – в 36,6% случаев, сочетанными переломами верхних конечностей – в 9,5% случаев и переломами костей кисти – в 2,3% случаев (табл. 5).

Процент инвалидов вследствие травм верхних конечностей при различных локализациях был практически одинаков во все исследуемые годы (за исключением травм кисти), а их ранговое распределение – неизменным.

Численность инвалидов в связи с переломами плечевой кости и ее ампутацией была наиболее высокой в 2006 г. (56,5%), а в связи с переломами и ампутацией костей предплечья – в 2007 г. (41,2%).

В числе лиц, впервые ставших инвалидами в 2008 г. вследствие травм верхних конечностей в результате ДТП, мужчин было вдвое больше – 42 (63,6%), чем женщин – 24 (36,4%).

Среди общего числа первичных инвалидов вследствие травм верхних конечностей и их последствий в 2008 г. большую долю составляют инвалиды III группы (80,3%), меньшую – инвалиды II (15,2%) и I (4,5%) групп. В 2005 г. инвалиды III группы составляли 77,6%, II – 15,7% и I – 6,7%.

Тяжесть инвалидности вследствие травм верхних конечностей в целом среди мужчин была выше. В их численности инвалидов I и II групп было в 2,6 раза больше, чем среди женщин (29,6% против 11,2%). Инвалидов III группы больше среди женщин (88,8%), чем среди мужчин (70,4%).

Анализ инвалидности по возрасту свидетельствует о значительном превалировании лиц трудоспособного возраста (90,3%).

Уровень первичной инвалидности вследствие травм верхних конечностей в 2008 г. составил 0,4 на 100 000 взрослого населения.

В трудоспособном возрасте он был в 2 с лишним раза выше (0,5 на 100 000 взрослого населения), чем в пенсионном возрасте (0,2 на 100 000 населения пенсионного возраста).

Частота выхода на инвалидность I группы была низкой – 0,03 на 100 000 взрослого населения, II группы значительно больше – 0,27, III группы – почти в два раза больше: 0,51 на 100 000 взрослого населения.

В контингенте впервые признанных инвалидами вследствие ДТП инвалиды с последствиями травм головы составили 34,1% (38,1% среди мужчин и 32,2% среди женщин).

Общее число впервые признанных инвалидами по этой причине за 4 года составило 340 человек.

Таблица 5

Распределение впервые признанных инвалидами вследствие дорожно-транспортных травм верхних конечностей по локализации в Краснодарском крае за 2005–2008 гг. (в %)

Локализация перелома	Годы				Всего
	2005	2006	2007	2008	
Плечо (включая ампутации)	48,8	56,5	50,1	51,3	51,6
Предплечье (включая ампутации)	32,9	36,6	41,2	36,2	36,6
Сочетанные переломы плеча и предплечья	15,6	5,8	8,7	9,1	9,5
Кости кисти	2,7	1,1	-	3,4	2,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В 2008 г. наблюдается тенденция снижения наиболее тяжелых (I и II) групп и увеличения удельного веса III группы инвалидности в структуре инвалидизации вследствие травм верхних конечностей в результате ДТП.

Причинами выхода на I группу инвалидности в 2008 г. в результате травм верхних конечностей были травмы плеча (66,6%) и предплечья (33,4%).

Структура причин выхода на инвалидность II группы в 2008 г. иная. На первом месте травмы плеча (40,0%), на втором – сочетанные повреждения костей плеча и предплечья (30,0%), на третьем – травмы предплечья (20,0%), на четвертом – травмы кисти (10,%).

Структура инвалидизации по III группе инвалидности вследствие повреждений верхних конечностей значительно отличается от таковой в I и II группах. Здесь около 1/3 освидетельствованных признаны инвалидами по причине травматических повреждений предплечий (62,3%) и почти в равной мере от травм плеча (18,7%) и сочетанных повреждений (15,2%). Число впервые признанных инвалидами от травм кисти в этой группе незначительно (3,8%).

В структуре инвалидности по группам инвалиды I группы составили 3,2%, II – 29,1%, инвалидов III группы больше всего – 67,7% от общего числа инвалидизированных.

В числе впервые признанных инвалидами превалировали лица трудоспособного возраста (89,4%).

Уровень инвалидности в целом невелик и составляет 0,22 на 100 000 взрослого населения, в том числе в трудоспособном возрасте – 0,3 на 100 000 соответствующего возраста, в пенсионном – 0,1 на 100 000 населения пенсионного возраста.

Анализ первичной инвалидности вследствие дорожно-транспортных травм головы по группам инвалидности показал, что уровень инвалидности I группы был низким – всего 0,01, II группы – 0,065 и несколько больше III группы – 0,16 на 100 000 взрослого населения.

Таким образом, анализ первичной инвалидности населения Краснодарского края вследствие дорожно-транспортных происшествий свидетельствует о том, что в ее структуре больше инвалидов второй группы и более высокая степень утраты трудоспособности при

повреждениях множественной локализации, травмах бедра и позвоночника. Тяжесть инвалидности была значительно выше в трудоспособном возрасте. Среди мужчин преобладали более высокие степени утраты трудоспособности, чем среди женщин. За последние 4 года произошло утяжеление последствий дорожно-транспортных происшествий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришина Л. П., Лаврова А. В. Инвалидность как многофакторная проблема // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М., 2006. – № 2. – С. 27–30.
2. Новгородова Я. С. Инвалидность вследствие травм в Республике Саха (Якутия) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М., 2007. – № 2. – С. 29–31.

3. Осадчих А. И., Пузин С. Н., Лаврова Д. И., Линник В. В., Андреева О. С., Талалаев Н. Д., Чичинова Л. Н. Проблема инвалидности в России. Состояние и перспективы. – М.: «Медицина», 2002. – С. 366.

4. Элланский Ю. Г., Пешков С. П. Вопросы реабилитации инвалидов в свете положений и концепций социальной независимости // Ж. «Здравоохранение Российской Федерации». – 1997. – № 3. – С. 24–27.

5. Figley Ch. R. Traumatic stress: Thor ale family and social support system // Trauma and its wake. 2-nd vol. / Ed Figley Ch.R. – N.-Y., 1996. – P. 39–54.

6. Mc. Farlane F. C. The treatment of post-traumatic stress disorder // Brit. J. Psuchoe. – 1999. – Vol. 62. – P. 81–90.

Поступила 27.02.2010

С. М. КАРПОВ,¹ А. Х. КАЗИЕВ²

СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА ПРИ РАННИХ И ПОЗДНИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ НЕЙРОСИФИЛИСА

¹Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики СтГМА, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: karpov25@rambler.ru;

²кафедра микробиологии, иммунологии, вирусологии СтГМА, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: azkaziev@yandex.ru, тел. +79188830713

Было обследовано 68 больных с установленным диагнозом «нейросифилис». Проводилось нейрофизиологическое обследование (электроэнцефалография – ЭЭГ, вызванные зрительные потенциалы (ВЗП) на вспышку) с ранними проявлениями патологии нервной системы (до 5 лет от начала заболевания) и с поздними проявлениями (спустя 5 лет и более). Полученные результаты позволяют объективизировать патологические процессы в ЦНС, что помогает в решении диагностических терапевтических задач у больных с данной патологией.

Ключевые слова: нейросифилис, электроэнцефалография, вызванные зрительные потенциалы.

S. M. KARPOV, ¹ A. H. KAZIEV²

CONDITION BIOELECTRICAL OF ACTIVITY OF A BRAIN AT EARLY AND LATE DISPLAYS OF NEUROSYPHILIS

¹Faculties of a neurology, neurosurgery and medical genetics StSMA, Russia, 355017, Stavropol, street Mira, 310. E-mail: karpov25@rambler.ru;

²chair of microbiology, immunology, virology StSMA, Russia, 355017, Stavropol, street Mira, 310. E-mail: azkaziev@yandex.ru, tel. +79188830713

68 patients with the established diagnosis «neurosyphilis» were surveyed. Was carried spent neurophysiological inspection EEG, evoked visual potentials (EVP) on flare with early displays of a pathology of nervous system (till 5 years from a beginning of disease) and with late displays (after 5 years and more). The received results allow objectively pathological processes in CNS at helps in the decision diagnostic of Therapy of tasks at the patients with the given pathology.

Key words: neurosyphilis, electroencephalography, evoked visual potentials.

Введение

В последние годы на фоне снижения заболеваемости сифилисом наблюдается увеличение количества случаев поражения нервной системы при этой инфекции. Результаты сравнительного анализа позволяют говорить о прогрессивном увеличении числа больных с нейросифилисом с 19 в 1992 г. до 220 в 2002 г. [9]. Нейросифилис (НС) обнаруживается в 60% случаев у всех больных, заболевших сифилисом, и условно делится на ранний и поздний [1]. Особенностью течения НС являются его тяжелые последствия. Диагностика НС нередко представляет сложную задачу на разных

этапах развития данной патологии. В этой связи проблема ранней диагностики нейросифилиса и оценки тяжести патологии нервной системы всегда стояла остро, поскольку в большинстве случаев сифилитический процесс в центральной нервной системе (ЦНС) протекает асимптомно и не имеет четких специфических клинических признаков [11, 12]. Ряд авторов [1, 8, 9, 10] утверждают, что установление правильного диагноза возможно лишь в 30–70% случаев. Одновременно ряд научных публикаций в этой области свидетельствует об изменении течения сифилиса и патоморфозе клинических проявлений данной инфекции с указанием на