

It is shown experimentally the hypolipidemic action of complex vegetative agent, created on the base of the recipes of Tibet medicine. The reliable decrease in the level of atherogenic lipoproteins in conditions of ethanol, tritonic and twinium hyperlipidemias has been revealed.

Литература

1. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза. - М., изд-во "Триада - X", 2000. - 412 с.
2. Белай И.М. Экспериментально-клиническое исследование эффективности фармако- и фитотерапии атеросклероза: Дисс. ... д-ра мед. наук. - Москва. - 1999. - 381 с.
3. Биометрия: Учебное пособие для биологических специальностей вузов (под ред. Лакина Г.Ф.). - М., 1980. - 293 с.
4. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. - М: Медицина, 1997. - 288 с.
5. Давиденкова Е.Ф., Шафран М.Г. Атеросклероз и процесс перекисного окисления липидов // Вестник АМН СССР. - 1989. - №3. - С.10-18.
6. Задорожный А.М., Кошкин А.Г., Соколов С.Я. и др. Справочник по лекарственным растениям. - М., 1992. - С.240-242.
7. Климов А.Н., Рыженков В.Е. Методические рекомендации: Экспериментальное изучение гиполлипидемических и антисклеротических средств. - М., 1988. - 16 с.
8. Клоб В.Г., Камышников В.С. Справочник по клинической химии. - Минск, 1980. - 366 с.
9. Никитин Ю.П., Курилович С.А., Давидин Г.С. Печень и липидный обмен. - Новосибирск. - 1985. - 189 с.
10. Орехов А.Н., Гертов В.В., Назаров В.Л. Множественные модификации липопротеидов низкой плотности в крови больных атеросклерозом // Бюл. Эксперим. Биологии и медицины. - 1995. - №8. - С.118-121.
11. Пискун Р.П., Пентюк А.А., Серкова В.А. и др. Возможные пути фармакологической коррекции нарушений липидного обмена при атеросклерозе // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 1997. - Т.60, №2. - С.78-85.
12. Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям. - М., 1985. - 464 с.
13. A Satellite Symposium of the Xth International Meeting on Atherosclerosis. Linking Lipids to events: an update. - Paris, France, 1997.
14. Nakashima V., Toyokama T., Tanaka S., et all. Simvastation increases plasma NO_x and NO₃- level in patients with hypercholesterolemia // Atherosclerosis. - 1996. - N.127. - P.43-47.
15. Thompson G.R. A handbook of hyperlipidaemia // Second Edition. Current Science Ltd, London. - 1994.

Образ жизни, экология

© ЗОБНИН Ю.В., ПРОВАДО И.П., ГЕРАСИМОВ Г.Ю., ЛЮБИМОВ Б.М., СУПРУНОВ П.С., ТРЕТЬЯКОВ А.Б., ЛЕЛЮХ Т.Д. -
УДК 615.9+615.099+615.212

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ОПИАТАМИ В ГОРОДЕ ИРКУТСКЕ И В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

*Ю.В. Зобнин, И.П. Провадо, Г.Ю. Герасимов, Б.М. Любимов, П.С. Супрунов,
А.Б. Третьяков, Т.Д. Лелюх.*

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра внутренних болезней с курсами ПП и ВПТ, зав. - доцент С.К. Седов; Иркутский центр острых отравлений, зав. - засл. врач РФ И.П. Провадо, Областное бюро судебно-медицинской экспертизы, нач. - доцент В.Н. Проскурин)

Резюме. Представлены сведения об эпидемиологии острых отравлений суррогатами опия, героином в крупном промышленном городе и регионе Восточной Сибири. Проанализирован почти десятилетний опыт наблюдения и лечения больных с отравлениями этой группой наркотических веществ. Обсуждаются особо тяжелые формы и редкие осложнения отравлений опиатами.

В последние годы в различных регионах РФ, странах СНГ и бывшего СССР отмечается катастрофическое распространение употребления наркотических веществ [4,8]. Так, в Свердловской области с 1992 по 1998 г. отмечен резкий рост заболеваемости наркоманиями: с 0,95 до 51,9 на

100000 населения [9]. В Иркутской области с 1994 г. по 2000 г. заболеваемость наркоманией среди детей и подростков выросла в 22 раза (148,6 на 100000 человек) [7]. Это повлекло за собой резкое увеличение числа острых отравлений наркотиками и психодислептиками (галлюциногена-

ми) (Т40), в частности, суррогатами опия (Т 40.0), а последние годы - героином (Т 40.1) [5], преимущественно "уличным", "черным", содержащим разнообразные добавки [1]. По материалам центров лечения острых отравлений Москвы, Санкт-Петербурга и других крупных городов, число госпитализированных с отравлениями опиатами за последние 10 лет увеличилось в 300-500 раз [3]. По данным Свердловского областного токсикологического центра число госпитализированных больных с отравлением наркотиками (преимущественно суррогатами опия) в общей структуре отравлений увеличилось с 6,9% в 1994 г., до 20,6% в 1997 г. Аналогичные тенденции выявляются и по данным Екатеринбургского городского токсикологического центра (1992 г. - 0,7%, 1997 г. - 20,1%) [10]. В Пензенской области, начиная с 1993 года, число госпитализированных больных с острыми отравлениями опиатами увеличилось в 17 раз [2]. В Кемеровском областном центре острых отравлений в 1995 году госпитализировано 455, а в 1997 году - 1217 больных с острыми отравлениями наркотическими веществами [11]. R. Raudsepp приводит материалы, свидетельствующие о том, что в Эстонии в 1987-1997 годах наблюдался наиболее интенсивный рост числа отравлений опиатами (суррогатами опия, героином, метадонном и фармакопейными препаратами - морфином, кодеином), а также каннабиноидами, кокаином, амфетаминами и др. [13]. В различных регионах РФ, в последние один-два года, наметилась тенденция к снижению числа острых отравлений опиатами [6]. Это, вероятно, обусловлено переходом на продажу героина в "чеках" или "точках" (в шприце), что снижает риск передозировки наркотика. Не исключено, что в части случаев передозировок наркотиков, свидетели не обращаются за медицинской помощью, самостоятельно оказывая помощь, так как средства антидотной терапии ранее распространялись на "черном" рынке вместе с наркотиками, а в настоящее время имеются в свободной продаже в аптеках. Эти предположения подтверждаются результатами опроса активных потребителей внутривенных наркотиков, среди которых 54% были свидетелями передозировки. В 80% передозировка имела место в присутствии свидетелей, но скорая помощь была вызвана лишь в 27% случаев [12,15]. Опыт Московского городского НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского показывает, что, несмотря на интенсивное лечение больных с отравлениями опиатами, отмечается тенденция к увеличению летальности с 0,1% в 1988 г. до 8,6% в 1999 г. [3]. Анализ структуры летальности по материалам Уфимского токсикологического центра за 1992-1997 гг. показал, что опиаты, как причина смерти, занимают чет-

вертое место, составляя, соответственно, от 1,5 до 4% [14].

По данным Иркутской городской станции скорой медицинской помощи острые отравления наркотическими веществами в 1976 году не зарегистрированы, в 1986 их было 3, в 1996 - 523, в 1999 - 1363, в 2000 - 1485, а в 2001 году - 952 случая (рис.1). Относительное число отравлений наркотическими веществами составляло только в 1999-2001 годах от 11,7% до 28,6% от общего числа отравлений. Заболеваемость острыми отравлениями опиатами по обращаемости в эти годы составила 2,2 на 1000 населения (2,3; 2,5 и 1,6:1000, соответственно). По данным Станции скорой медицинской помощи г. Братска, в 2000 г. острые отравления опиатами составили 32,8% от общего числа вызовов по поводу отравлений, заболеваемость по обращаемости - 2,9 на 1000 населения. Более 90% больных к моменту приезда скорой медицинской помощи находились в коматозном состоянии.

По данным Иркутского токсикологического центра, в 1993-2001 годах отмечалось ежегодное увеличение абсолютного (от 52 до 305 чел.) и относительного (от 4,4% до 17,6%) числа больных с отравлениями наркотическими веществами (суррогатами опия, героином и др.) в общей структуре госпитализированных (рис.2).

По материалам Иркутского детского токсикологического центра, наибольшее число детей с острыми отравлениями опиатами наблюдалось в 1998 г., значительно уменьшившись в 2001 г., составляя, соответственно, 11% и 1,7% в общей структуре отравлений. Минимальный возраст больных - 7 лет.

Госпитализированная заболеваемость острыми отравлениями опиатами у взрослых и детей составила в 1999-2001 годах 0,39 на 1000 населения г.Иркутска.

В городах и районах Иркутской области относительное количество острых отравлений опиатами в 2001 году составляло от 3,8% до 20% от числа госпитализированных больных с острыми

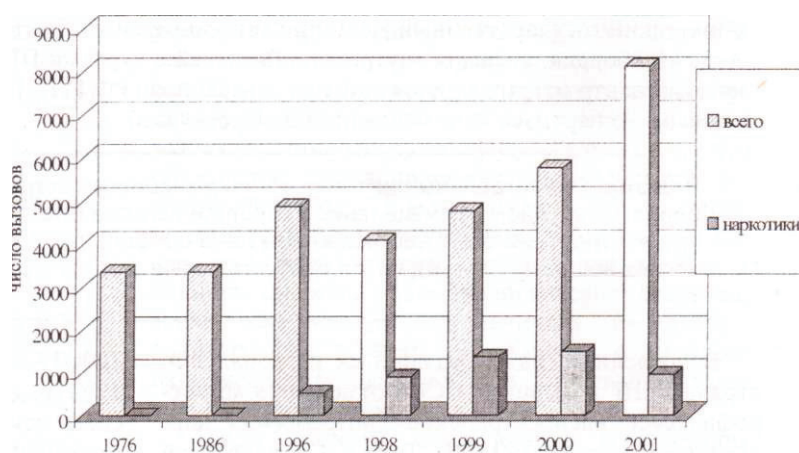


Рис. 1. Динамика числа острых отравлений, в том числе наркотическими веществами, по данным Иркутской городской станции скорой помощи в 1976-2001 годах

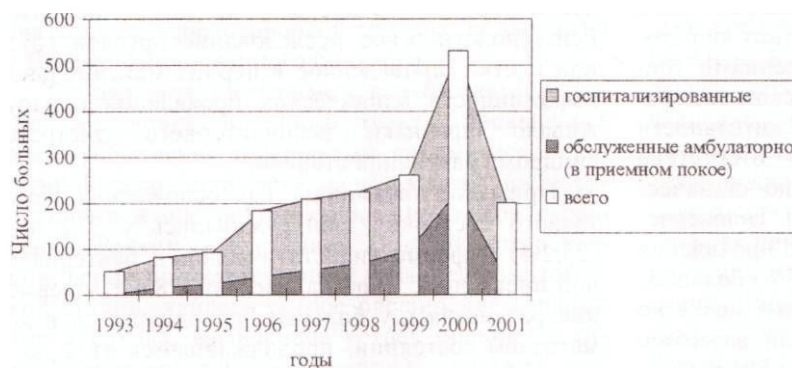


Рис.2. Динамика числа больных с острыми отравлениями опиатами, находящихся на лечении в Иркутском токсикологическом центре в 1993-2001 годах

отравлениями. Госпитализированная заболеваемость острыми отравлениями опиатами в крупных городах области превышала таковую в Иркутске. Так, она равна в Ангарске - 0,7; в Усолье-Сибирском - 1,4; Братске - 0,5; Саянске - 0,4 на 1000 населения.

По данным Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, в 2000 году наркотические вещества были причиной смерти в 41,1% случаев гибели пострадавших от острых отравлений (рис.3). Заболеваемость острыми отравлениями опиатами на основе данных регистрации причин смерти достигала в Иркутске 0,34; в Иркутской области - 0,12 на 1000 населения. На догоспитальном этапе в Иркутске умерло до 97,5% пострадавших от отравления опиатами.

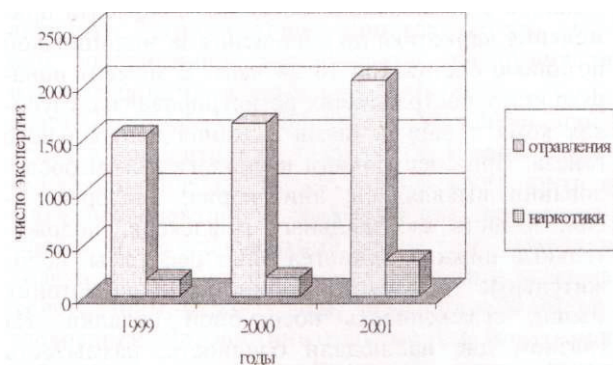


Рис.3. Динамика числа острых отравлений, в том числе наркотическими веществами, в Иркутской области по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы

В Иркутском токсикологическом центре в 1993-2001 годах наблюдались 1840 чел. с острыми отравлениями опиатами, из которых у 1277 чел. (69,4%) состояние требовало госпитализации, а остальным неотложная помощь оказывалась в приемном покое. Больные доставлялись машиной скорой медицинской помощи, попутным транспортом в порядке самообращения или переводились из других лечебных учреждений после оказания реанимационной помощи. Смерть на догоспитальном этапе зарегистрирована у 28 чел.

Среди наблюдавшихся больных основную группу составили мужчины (89,2%) в возрасте до

30 лет (82,8%). За изучаемый период наблюдалось изменение соотношения числа больных младше 30 лет и старше 30 лет в сторону увеличения количества молодых.

Помощь на догоспитальном этапе включала: введение дыхательных analeптиков, реже, антидота, ингаляцию кислорода, реанимационные мероприятия в машине скорой помощи; самостоятельно проводимые псевдо-реанимационные мероприятия (закрытый массаж сердца, приведший к повреждениям грудины и ребер, искусственное ды-

хание, в том числе с повреждениями легких, обливание холодной водой, вынесение на мороз и др.). Потребность в реанимационном пособии на догоспитальном этапе достигала 90%. С 1999 года отмечается снижение числа больных с отравлением опиатами, доставленных в токсикологический центр, по сравнению с общим числом вызовов, переданных на станцию скорой медицинской помощи в связи с употреблением наркотических веществ, по сравнению с 1996 годом, соответственно с 35,4% до 21,1%. Это, вероятно, обусловлено более широким использованием специфической терапии этих отравлений линейными бригадами скорой медицинской помощи. В то же время, отмечено появление случаев летальных исходов на догоспитальном этапе, последовавших после оказания первой врачебной помощи, и выхода больных из коматозного состояния.

При поступлении в токсикологический центр состояние больных расценивалось как средней тяжести (34,2%), тяжелое (49,5%) крайне тяжелое и атональное (15,8%). У всех больных выявлялось нарушение сознания, преимущественно в виде угнетения (вплоть до глубокой комы), реже - с явлениями психомоторного возбуждения, брадипноэ различной степени, в том числе апноэ, локальный и распространенный цианоз. У большинства больных обнаруживали резкий миоз, со сниженными реакциями зрачков на свет. В случае сочетанного приема опиатов с холинолитическими препаратами (димедрол и др.) выявляли умеренный миоз (1,9%). У небольшой части обследованных (1,2%), зарегистрирован мидриаз (при крайне тяжелом и атональном состоянии).

Острое отравление опиатами первой стадии диагностировано - у 201 (10,9%), второй и третьей - у 1177 (64,0%), четвертой - у 462 (25,1 %) человек.

У всех больных выявлялись признаки нарушения центральной нервной системы. Коматозное состояние в большинстве случаев сопровождалось известной симметричной неврологической симптоматикой (гипо- и арефлексия, мышечная гипотония, отчетливый миоз), которая быстро регрессировала под влиянием терапии. Выход из

глубокой комы сопровождался кратковременным повышением мышечного тонуса по типу опистотонуса, тонических судорог. Проявлениями токсической, гипоксической и аноксической энцефалопатии считали удлинение продолжительности комы, на фоне проводимой терапии, отсутствие отчетливой реакции на антидот, тонико-клонические судороги. Другими признаками гипоксической энцефалопатии были диффузные проявления отека мозга, наблюдавшиеся у 93 (7,3%) больных. Гипоксические повреждения головного мозга по типу ишемического инсульта привели развитию гемипареза, выявленному после выхода из комы у трех (0,2%) больных. Сравнительно редкими (0,8%) осложнениями являлись случаи восстановления сознания, дававшего возможность продуктивного контакта с больными, самостоятельного передвижения с последующим (через 1-1,5 часа) развитием повторного угнетения сознания до уровня запредельной комы, без явных признаков реморфинизации, не поддавшиеся реанимационным мероприятиям, расцененные как вариант аноксической энцефалопатии.

При осмотре кожных покровов обнаруживали цианоз лица, разлитой цианоз, акроцианоз. Характерным признаком была одутловатость лица, параорбитальный отек, внутрикожные кровоизлияния в области век, кровоизлияния в конъюнктиву. Следы свежих и старых внутривенных инъекций различной локализации (на передней поверхности предплечий, чаще левого, на кистях, стопах, межпальцевых промежутках, проекции яремных и бедренных вен, вен полового члена и др.). Не обнаружено следов инъекций у 386 чел. После выхода из коматозного состояния нередко выявляли гиперемии лица, крапивницу, кожный зуд. Кратковременное повышение температуры тела до 38-40°C, в сочетании с множественной лифаденопатией, расцененные как пирогенная реакция на введение суррогатов опия, обнаруживали у 54 (2,9%) больных.

Артериальное давление в большинстве случаев было нормальным или несколько повышенным. Острая сердечно-сосудистая недостаточность выявлена у 19,9% больных с тяжелыми и у всех больных с крайне тяжелыми формами отравления. На ЭКГ нередко регистрировались вертикальное положение электрической оси сердца или ее отклонение вправо, преходящее увеличение потенциалов правого предсердия и правого желудочка. Признаки синдрома ранней реполяризации левого желудочка и нарушения питания передней стенки левого желудочка обнаруживали у всех больных в крайне тяжелом состоянии.

Острую дыхательную недостаточность различной степени центрального генеза, в большинстве случаев, сочетавшуюся с аспирационно-обтурационными и, нередко, с легочными нарушениями дыхания, наблюдали у всех больных, доставленных в коматозном состоянии. Проявления респираторного дистресс-синдрома взрослых, а также пневмопатии после ингаляционного употреб-

ления героина выявлены у 43 (3,4%) больных. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки, проведенное в период максимальной выраженности клинических проявлений обнаруживало признаки респираторного дистресс-синдрома различной степени.

Признаки пневмонии, как осложнения коматозного состояния, обнаруживались у 322 чел. (25,2%) в форме гипостатической и бактериальной пневмонии. Гипостатическая (78,6%) пневмония развивалась у больных, находившихся в коматозном состоянии, продолжавшемся от 2 до 6 часов. Признаки аспирации рвотных масс с развитием гнульмонита обнаруживали у 35 чел (10,9%). Развитие бактериальной пневмонии выявили у 34 чел. (10,6%). При субтотальном и тотальном характере пневмонии, выраженной лейкоцитарной реакции (до $50 \times 10^9/\text{л}$), большом количестве гнойной мокроты в дыхательных путях у этих больных отмечалась довольно скудная клиническая картина пневмонии, в частности, с минимальной температурной реакцией и кашлем, что, вероятно, обусловлено гипотермическим и противокашлевым действием опиатов. У двух больных наблюдали острый агранулоцитоз, развившийся в течение 12 часов, до полного отсутствия палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофильных лейкоцитов в периферической крови.

Особые диагностические трудности представляло развитие токсической и аноксической энцефалопатии с признаками очагового поражения головного мозга, зарегистрированное у 12 (0,9%) мужчин. Предполагаемая продолжительность пребывания в коматозном состоянии с момента применения наркотика до обращения за медицинской помощью составляла 18-24 часа. В момент обнаружения у пострадавших регистрировалась глубокая кома с нарушениями дыхания центрального генеза. При специальном неврологическом обследовании выявлялись: анизокория, анизорефлексия, вялость сухожильных рефлексов, положительные нижние менингеальные рефлексы, положительные рефлексы Бабинского, анизотония мышц, сглаженность носогубной складки. На глазном дне наблюдали бледность, размытость границ дисков зрительных нервов. По данным М-эхоэнцефалоскопии, не выявлялось или определялось небольшое (в пределах 2-3 мм) смещение срединных структур головного мозга. При рентгенографии черепа в двух проекциях у больных не обнаруживались признаки повреждения костей черепа. Компьютерная томография головного мозга не выявила признаков очаговых изменений. Лечебные мероприятия в этой группе больных были неэффективными. Смерть наступила через 12-24 часа и через 20 суток с момента поступления в отделение.

Признаки обратимой в течение 2-3 суток гипоксической и токсической нейропатии выявлены у 6 (0,5%) больных, высокое ($C_7-D_1D_2$, $C3-C4$, $C4-C5$) обратимое повреждение спинного мозга,

связанное с передозировкой героина, обнаружено у ВИЧ-инфицированного больного.

Осложнения, связанные с нарушениями функции желудочно-кишечного тракта, проявлялись преимущественно признаками динамической кишечной непроходимости, исчезающими после редукции психоневрологических симптомов отравления. Редким осложнением опиойной интоксикации, вероятно токсикогенной и ранней соматогенной стадий, явилось острое расширение (дилатация) желудка, выявленное у трех больных с отравлением опиатами в сочетании с другими психотропными средствами. В процессе лечения у двух больных восстановилась эвакуация из желудка, уменьшились его размеры до нормы. У одного больного данное осложнение сочеталось с позиционной компрессией тканей и острой почечной недостаточностью, закончившимися летально.

Миоренальный синдром выявлен у 52 (5,0%) больных. Продолжительность пребывания в бессознательном состоянии у больных составляла от 6 до 12 и более часов. Время поступления в токсикоцентр с момента обнаружения - от 2 часов до одних и более суток.

Появление в той или иной степени выраженных признаков опиойной абстиненции обнаружено у 432 (33,8%) госпитализированных больных.

Основной диагностики отравления опиатами в большинстве случаев было выявление характерных клинических признаков и изучение анамнестических данных (в первую очередь, наличие кардинальных клинических признаков и реакция на антидот). Ретроспективно, при токсико-химическом лабораторном исследовании обнаруживали наличие опиатов в моче иммуноферментным методом (экспресс-тест Boehringer Mannheim определял в концентрации >1000 нг/л, Frontline, ИммуноХром-Морфин-Экспресс >300 нг/л) почти в 100% исследований и тонкослойной хроматографией в 39,1% исследований, кроме того, выявляли положительные качественные реакции в моче на фенотиазины, барбитураты, димедрол в 78,9% исследований. Ложноотрицательные результаты при проведении хроматографического исследования наблюдали в 12,1% случаев. В связи с длительным отсутствием технических средств определения опиатов и других наркотических средств в биологических средах, токсико-химическое исследование не проводилось в 86,7% случаев острых отравлений опиатами.

Начиная с 1996 года, у всех больных производился забор крови для исследования на ВИЧ/СПИД. В 1996 году ВИЧ-инфицирование выявлено у 1 чел., в 2001 году в отделении находились на лечении 181 чел. с положительной ИФА-реакцией на антитела к ВИЧ.

Неотложная помощь больным с II и III стадиями отравления включала специфическую (внутривенное струйное и капельное, внутримышечное введение налоксона гидрохлорида в дозе от 0,4 до 8 мг), патогенетическую (аналептиче-

ские средства), дезинтоксикационную, и синдромальную, в том числе искусственную вентиляцию легких, терапию. Наиболее быстрой реакцией на введение антидота у больных в состоянии комы было расширение зрачков и учащение дыхания, затем появлялись гипертонус мышц и движения в конечностях, позднее - восстановление сознания.

Большинству больных с I и IV стадиями отравления помощь оказывалась в приемном отделении. Лица, вышедшие из коматозного состояния без осложнений, наблюдались не менее 45-60 мин. Ажитация, элементы психомоторного возбуждения, отказ от госпитализации обнаруживались у 236 (12,8%) больных. Явление реморфинизации (повторное угнетение сознания, брадикардия) отмечены у одной четверти больных, доставленных в IV стадии. Показаниями для госпитализации были: сохранение угнетения сознания и других психоневрологических нарушений, наличие осложнений.

Подтвердили внутривенный, пероральный и ингаляционный прием наркотических веществ (суррогатов опиоидов, героина, нелегальных форм метадона) 1468 чел., в том числе в сочетании с психотропными средствами, алкоголем. Возможную причину развития коматозного состояния больные связывали с использованием нового сырья, увеличением дозы, изменением методики приготовления наркотика (сохранение части экстрагирующих веществ с целью усиления эффекта), длительным перерывом в приеме наркотика, первым приемом или не смогли объяснить. Суицидальные действия - у 512 чел. Не исключался криминальный характер отравления у 17 чел.

Время пребывания госпитализированных больных в стационаре составило от 6 часов до 3 суток (исключая случаи развития осложнений). Максимальная продолжительность пребывания составила 45 суток у больного с острой почечной недостаточностью вследствие позиционной компрессии тканей.

Из числа госпитализированных больных с острыми отравлениями опиатами умерло 43 (3,4%), включая больных с позиционной компрессией тканей.

При патоморфологическом исследовании, в том числе у больных с признаками очаговых изменений, связанных с токсической и гипоксической энцефалопатией, обнаруживали венозное полнокровие внутренних органов, отек легких. При патологоанатомическом исследовании головного мозга определено: кости свода и основания черепа целы; твердая мозговая оболочка напряжена, серо-синюшная, в синусах ее жидкая кровь; мягкая мозговая оболочка тонкая или набухшая, прозрачная или мутная, с резко расширенной сосудистой сетью; ткань мозга обычной консистенции, борозды и извилины сглажены, уплощены, серое вещество отлито от белого, вещество мозга на разрезах влажное, с быстро появляющимися и расплывающимися темно-красными точками и полосками, легко удаляемыми при соскаб-

ливании ножом: в боковых желудочках мозга следы прозрачной желтоватой жидкости; область центральных ядер, варолиев мост, продолговатый мозг обычные, без участков кровоизлияний и размягчений; мозжечок на разрезе с отчетливо выраженным древовидным рисунком; сосудистые сплетения темно-красного цвета; интима сосудов основания мозга гладкая.

При патогистологическом исследовании тканей мозга выявлено: мягкая мозговая оболочка неравномерно разволокнена, полнокровна, очагово и диффузно инфильтрирована тонкослойными скоплениями свободно лежащих эритроцитов; сосуды неравномерного кровенаполнения, в просветах отдельных сосудов отмещение эритроцитов от плазмы, единичные тромботические массы; в веществе мозга сосуды неравномерного кровенаполнения, стазы лейкоцитов, небольшие периваскулярные очаги эритроцитов: вокруг отдельных сосудов скопления микроглии, единичных сидерофагов: периваскулярный, перицеллюлярный отек, вакуолизация нейроглии: очаги клеточного выпадения, клетки-тени грушевидных клеток мозжечка.

У больных с миоренальным синдромом обнаруживали пигментный нефроз и гепатоз.

У больного с признаками острой дилатации желудка, умершего в стационаре от острой почечной недостаточности в результате позиционной компрессии тканей, при судебно-медицинском исследовании трупа не выявлено патоморфологических признаков изменения желудка. У второй больной, умершей через четыре месяца в другом лечебном учреждении при явлениях, сходных с острым расширением желудка, при судебно-медицинском исследовании трупа выявлены неспецифические морфологические изменения в желудке.

При судебно-химическом анализе алкалоиды опия и другие психотропные вещества обнаруживали у лиц, умерших в токсикогенной стадии отравления. У больных, умерших в соматогенной стадии отравления и после проведенной дезинтоксикационной терапии, это исследование не выявило присутствия яда в биологических средах или не проводилось.

Следовательно, г.Иркутск и Иркутская область не избежали эпидемии наркомании и связанных с нею проблем, в том числе острых отравлений наркотическими веществами, поражающих самую

юную и потенциально трудоспособную часть населения. Больные с острыми отравлениями опиатами составляют в настоящее время наиболее тяжелый контингент больных специализированных отделений и служб. Получению более точной информации о распространенности отравлений наркотическими веществами, а также воздействию на нее, способствовало бы выполнение в городе Иркутске и в Иркутской области приказа МЗ РФ №460 от 29.12.2000 "Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга".

Острые отравления опиатами представляют серьезную проблему urgentной медицины, вследствие частой экстремальности ситуации, связанной с критическим состоянием больного и его окружением, с трудностями получения достоверной информации об анамнезе заболевания, сложностями лабораторной диагностики. Поэтому диагностика данных состояний основывается, в первую очередь, на выявлении кардинальных клинических симптомов (различные степени угнетения сознания с преобладанием центрального нарушения дыхания - брадипноэ, в сочетании с резким дозозависимым миозом), регрессирующих под влиянием антидота (налоксона). Наиболее частыми осложнениями являются гипоксическая энцефалопатия, асфиктические и легочные формы нарушения дыхания и позиционная компрессия тканей, обусловленная длительным пребыванием больных в неподвижном положении, часто сочетающимся с переохлаждением. Переход к употреблению "уличного" героина и распространение инфекции ВИЧ обусловили увеличение частоты респираторного дистресс-синдрома, и относительно редких осложнений (миелопатии). Отягощающими факторами является наличие токсических примесей и психотропных средств нефармакопейного происхождения, удлиняющих продолжительность коматозного состояния, а также иногда обуславливающих дилатацию желудка. Наиболее серьезным осложнением, значительно изменяющим клиническую картину заболевания и приводящим к смертельному исходу, является аноксическое повреждение головного мозга. Наиболее эффективным лечебным мероприятием является специфическая антидотная терапия, в сочетании с ингаляцией кислорода и методами усиления естественной детоксикации и синдромальной терапией.

ACUTE POISONINGS WITH OPIATES IN IRKUTSK-CITY AND IN IRKUTSK REGION

Yu.V. Zobnin, I.P. Provado, G.Yu. Gerasimov, B.M. Ljubimov, P.S. Suprunov, A.B. Tretjakov, T.D. Leljuh
(State Medical University, Center of Acute Poisonings, Regional Bureau of Medicolegal Expertise, Irkutsk, Russia)

The information about epidemiology of acute poisonings with substitutes of opium, heroin in large industrial city and region of East Siberia is presented. The almost ten years' experience in epidemiology and treatment of the patients with poisonings with this bunch of narcotic materials is analysed. The especially serious forms and infrequent complications of poisonings with opiates are discussed.

Литература

1. Афанасьев В.В., Гриненко А.Я., Заславский Г.И. и др. Токсикологические характеристики острых летальных отравлений в Ленинградской области //

1-ый съезд токсикологов России (Москва, 17-20 ноября 1998 г.): Тез. докл. / Под ред. Б.А. Квряндского. - М., 1998. - С. 143.

2. Васильков В.Г., Алпатов Ю.П., Купцова М.Ф. и др. Эпидемиология и структура острых отравлений в Пензенской области // Острые отравления и эндогенные интоксикации: Мат. науч.-практ. конф. / Под ред. В.Г. Сенцова, Р.А. Хальфина (Екатеринбург, 10-11 сентября 1998 г.). - Екатеринбург, 1998. - С.23-25.
3. Зими́на Л.Н., Таланкина И.Е., Михайлова Г.В. и др. Патологическая анатомия острых отравлений опиатами в условиях современных методов лечения // Интенсивная терапия неотложных состояний: Мат. науч.-практ. конф., поев. 70-летию Урал. гос. мед. акад. / Под ред. В.Г. Сенцова - Екатеринбург: Изд-во Урал, ун-та. - 2000. - С.31-34.
4. Лужников Е.А., Ильяшенко К.К., Гольдфарб Ю.С. и др. Особенности лабораторной диагностики эндотоксикоза в токсикогенной стадии острых отравлений наркотиками // Интенсивная терапия неотложных состояний: Мат. науч.-практ. конф., поев. 70-летию Урал. гос. мед. акад. / Под ред. В.Г. Сенцова - Екатеринбург: Изд-во Урал, ун-та. - 2000. - С.48-52.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. - Женева: ВОЗ, 1995. - Т. 1., 4.1. - С.325-326. - 4.2. - С.325-344.
6. Остапенко Ю.Н., Литвинов Н.Н., Хальфин Р.А. и др. Токсикологический мониторинг - новый метод учета и анализа токсикологической ситуации в стране // О мерах по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с острыми отравлениями: Материалы Росс. науч.-практ. конф. 18-21 сент. 2002 г., Екатеринбург / Под ред. А.П. Ястребова. -Екатеринбург: Изд-во Урал. Ун-та, 2002. - С. 16-23.
7. Приложение к Закону Иркутской области "Программа социально-экономического развития Иркутской области до 2005 г." от 11.07.2002 №33-оз // Восг.-Сиб. правда. - 24 июля 2002.
8. Солодун Ю.В., Ульфан Р.Е. Наркотизация общества - крупномасштабная национальная катастрофа // Актуальные вопросы оказания неотложной помощи при чрезвычайных ситуациях: Тез. докл. III ежегодной науч.-практ. конф. (г.Иркутск, 16-17 сентября 1999 г.) / Под ред. Л.Н. Короткевич, Р.Г. Сайфутдинова, Ю.В. Зобнина. - Иркутск: Иркутск, гос. мед. ун-тет, Депарг. здравоохранения Администрации г.Иркутска, 1999. - С.74-76.
9. Хальфин Р.А., Богданов С.И. Некоторые аспекты проблемы наркоманий в Свердловской области // Вестн. Урал. гос. мед. акад. - Екатеринбург, 1998. - С.7-10.
10. Хальфин Р.А., Сенцов В.Г. Эпидемиология острых отравлений и некоторые медико-демографические аспекты организации специализированной токсикологической помощи в Свердловской области. - Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 1999. - 154 с.
11. Чепрова М.Ф., Сиворонов К.Н., Судakov Э.А. Динамические изменения в структуре острых отравлений в Кемеровской области // I-ый съезд токсикологов России (Москва, 17-20 ноября 1998 г.): Тез. докл. / Под ред. Б.А. Курляндского. - М., 1998.-С.227.
12. Powis B., Strang J., Griffiths P. et al. Self-reported overdose among injecting drug users in London: Extent and nature of the problem // Addiction. - 1999. - N.4. -P.471-478.
13. Raudsepp R. Dynamics of the drug abuse during last decade (1987-1997) in Estonia // Toxicology Letters: Abstracts of the International Congress of Toxicology - ICT VIII, Paris, 5-9 July 1998 "Chemical Safety for the 21 st Century". - July 1998. - Vol.95, Suppl. 1. - P.121.
14. Sarmanayev S.Kh., Almuchametov M.A., Khafisov N.Kh. et al // Toxicology Letters: Abstracts of the International Congress of Toxicology - ICT VIII, Paris, 5-9 July 1998 "Chemical Safety for the 21st Century". - July 1998. - Vol.95. Suppl. 1. - P. 121.
15. Tardiff K., Marzuk P.M., Leon A.C., Portera L., Hartwell N. Accidental fatal drug overdoses in New York City: 1990-1992 // Amer. J. Drug and Alcohol Abuse. - 1996.-N.2.-P. 135-146.

© ДОРОФЕЕВА Л.М., СИЗЫХ Т.П., КОЗИНА Т.В., РЫБНИКОВА Е.И. -
УДК 616.2+613.84+613.155-074:547(571.53)

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И КУРЕНИЯ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В г. БРАТСКЕ

Л.М. Дорофеева, Т.П. Сизых, Т.В. Козина, Е.И. Рыбникова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А. А.Майборода)

Резюме. Статья посвящена анализу техногенного загрязнения воздушного бассейна г. Братска за последние 10 лет (1991-2001 гг.), изучению влияния атмосферных выбросов и курения на распространенность заболеваний органов дыхания на основе ретроспективного анализа материалов Государственных годовых отчетов ЦГСЭН за тот же период. С помощью разработанных нами анкет (на основе ВОЗ опросников) опрошено 506 человек, проживающих в г. Братске более 5 лет. Сделан вывод о высоком загрязнении воздушного бассейна г. Братска при распространенности курения 39,0 на 1000 населения имеет место в последние годы и значимый соответственно рост заболеваний органов дыхания.

Согласно установкам ВОЗ, загрязнение воздуха определяется как "аккумуляция раздражающих веществ в атмосфере до уровня, способного ока-

зывать повреждающее действие на организм человека" [8]. Современный период развития мировой экономики связан с интенсификацией произ-