

ские инсульты встречались в 3,2 раза чаще, чем кровоизлияния в головной мозг. Обнаружены не-

которые различия в структуре инсультов у лиц монголоидной и европеоидной групп населения.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF INSULT IN BURYAT REPUBLIC

O.A. Khlochiina, V.V. Shprakh.

(Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

There have been registered 331 cases of insult during the year. The index of morbidity with insult, standardized on European standard, in Ulan-Ude-city amounted to 234 cases per 100 000 population: 298 - among men and 170 - among women per 100 000 population. The index of morbidity with insult amounted to 348 cases per 100 000 population: 450 - in men and 246 - in women. The mortality owing to primary and repeated insults amounted to 131 cases per 100 000 population 158 - in men and 103 - in women. In investigated population the ischemic insults were met 3,2 times more often than cerebral hemorrhages. Some differences in the structure of insults in the patients of European and Mongolian groups of population have also been revealed.

Литература

1. Варакин Ю.Я. Профилактика инсультов. Конспект врача // Инсульт. - 2001, - № 2. - С.29-34.
2. Верещагин В.В., Варакин Ю.Я. Эпидемиология инсульта в России // Инсульт. - 2001. - №1 - С.34-40.
3. Виноградова Т.Е., Фейгин В.Л., Виноградов С.П. и др. Итоги программы ВОЗ MONICA в Сибири: регистр мозгового инсульта (1982-1994 годы) // Бюллетень СО РАМН. - 1999. - С.96-100.
4. Виноградова Т.Е., Виноградов С.П., Фейгин В.Л. и др. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний в Новосибирске // 8-ой Всероссийский съезд неврологов. - Казань, 2001. - С.213.
5. Виноградова Т.Е., Виноградов С.П., Чернявский А.М. Руководство по методике проведения регистра инсульта и его факторов риска: Пособие для врачей. - Новосибирск, 2002. - 36 с.
6. Виноградова Т.Е., Чернявский А.М., Шпрах В.В. и др. Организация центров регистра и профилактики инсульта в Регионах Сибири, Казахстана и дальнего Востока // X Российский национальный конгресс "Человек и лекарство" - М., 2003. - С.805.
7. Голубенко М.В., Еремина Е.П., Тадинова В.Н. и др. Территориальная дифференциация генофонда народов Сибири и Средней Азии по рестрикционному полиморфизму митохондриальной ДНК // Медицинская генетика. - 2002. - №2. - С. 124-128.
8. Зайратьянц О.В. Анализ смертности, летальности и начальной клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991-2000 гг.). - М., 2002. - 38 с.
9. Смирнов В.Е., Манвелов Л.С. Распространенность факторов риска и смертность от инсульта в разных географических регионах // Инсульт. - 2001. - №2. - С. 19-25.
10. Прушенова С.А. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний в Бурятии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 2001. - 22 с.
11. Фейгин В.Л., Никитин Ю.П., Холодов В.А. и др. Эпидемиология мозгового инсульта в Сибири по данным регистра // Журнал невролог, и психиатр, им. С.С. Корсакова. - 1996. - №6. - С.59-65.
12. Фейгин В.Л., Никитин Ю.П., Виберс Д.О. и др. Эпидемиология мозгового инсульта в Сибири // Журнал невролог, и психиатр, им. С.С. Корсакова - 2001. - №1. - С.52-57.
13. Bonita R., Solomon N., Broad J.B. Prevalence of stroke and related disability. Estimates from the Auckland Stroke Studies // Stroke. - 1997 - Vol.28. - P. 1898-1902.
14. Bots M.L., Nikitin Y., Salonen P. et al. Left ventricular hypertrophy and risk of fatal and non-fatal stroke // J. Epidemiol. Community Health. - 2002. - Vol.56. - P.18-33.
15. Kaste M., Fogelholm R., Rissanen A. Economic burden of stroke and evaluation of new therapies // Publ. Hlth. - 1998. - Vol.112. - P. 103-112.
16. Stegmayr B. Stroke in the community. Studies of risk factors, incidence, case fatality, severity, and secular trends in the Northern Sweden MONICA Project, with multinational comparisons - Umea, 1996. - 133 p.

© ПОРТНЯГИНА Е.В., СИЗЫХ Т.П., ОКЛАДНИКОВ В.И. -
УДК 616.833:614.84

ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖАРНЫХ - УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОЖАРА III КАТЕГОРИИ СЛОЖНОСТИ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ПОЛИВИНИЛХЛОРИДОВ

Е.В. Портнягина, Т.П. Сизых, В.И. Окладников.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н. проф. А. А. Майборода, кафедра нервных болезней, зав. - проф. В. И. Окладников)

Резюме. В работе представлены результаты комплексного неврологического и нейрофизиологического обследования периферической нервной системы пожарных. Изучено влияние продуктов первичного и вторичного горения на периферическую нервную систему во время ликвидации пожара высокой категории сложности на производстве с использованием поливинилхлоридов. Выявлены особенности этого поражения у двух групп - участников пожара в сравнении с контрольной группой пожарных, не участвовавших в нём. Оцениваются данные статистического анализа полученных результатов. Обсуждаются возможности и методы предотвра-

щения токсического воздействия на организм во время ликвидации пожаров, и их своевременного выявления.

Различные повреждения и заболевания позвоночного столба приводят не только к потере трудоспособности и здоровья человека, но и угрожают жизни немалого числа людей.

В последние годы всё более актуальными становятся вопросы массового токсического поражения. Многие тысячелетия человечество совершенствовало и создавало всё более сложные технологии, производственные механизмы и химические вещества, большинство из которых оказались высокотоксичными. Использование этих соединений в промышленности, сельском хозяйстве, медицине, в быту создаёт экологическую опасность [6,9,10]. Особую актуальность эта проблема приобретает в связи с огромным количеством аварий и катастроф, происходящих в разных странах мира, в том числе и в нашей. Тысячи людей подвергаются воздействию токсических веществ, в результате аварий, пожаров, сжигания производственных и бытовых отходов [6]. Пожарные, бригады МЧС, ликвидаторы различных аварий на промышленных предприятиях попадают под влияние комплекса токсических веществ [12,13].

Материалы и методы

Во время пожара высокой категории сложности на кабельном производстве, такому воздействию подверглись около 500 пожарных и курсантов. Из-за опасности взрыва не применялись кислородные изолирующие приборы, отсутствовали или ощущалась нехватка других специальных средств индивидуальной защиты. На кафедре госпитальной терапии иркутского государственного медицинского университета прошли детальное исследование здоровья 102 пожарных - участника ликвидации этой катастрофы [4]. В данной работе нами представлены результаты клинических и нейрофизиологических исследований периферической нервной системы 3-х групп пожарных: 1 - основная - профессиональные пожарные участники тушения пожара на кабельном производстве с наиболее характерными поражениями периферической нервной системы - 78 больных; 2 - сравнительная - участники, на момент пожара являвшиеся курсантами пожарного училища, ранее не участвовавшие в тушении пожаров, не имевшие на момент поступления изменений в нервной системе - 24; 3 - стажированные пожарные, не принимавшие участия в ликвидации данного пожара (стаж работы более 20 лет) - 30. Все группы состояли из мужчин (100%). В соответствии с классификацией возрастных категорий все обследуемые относились к молодому возрасту: 1-ая группа - средний возраст - 42,4 ($t=0,88$), 2-ая группа - 29,6 ($t=1,03$), 3-я группа - 44,3 ($t=1,85$).

Нейрофизиологическое обследование проведено на "NIHON KOHDEN"(Japan) компьютерной системе "MEB 5508K" по программе стимуляционной электронейромиографии на базе отделения

функциональной диагностики иркутского областного диагностического центра.

Статистическая обработка выполнена на персональном компьютере с использованием программ "Excel 2000". Значимость различий между нормально распределёнными величинами определялась по критерию Т Стьюдента, достоверными считались различия при $p<0,05$. Для прочих показателей использовались непараметрические параметры Уилкоксона и Мана-Уитни. Проводился дискриминантный анализ, оценка хи-квадрат критерия.

Результаты и обсуждения

Токсический комплекс продуктов первичного и вторичного горения при пожаре IV категории сложности на производстве с использованием поливинилхлоридов обладал высокой биологической активностью и вызвал, наряду с выраженным поражением центральной нервной системы, поражения периферической нервной системы (ПНС) и других систем. Клинические исследования нервной системы пожарных 3-ей группы также выявляют поражения периферической нервной системы. Причиной повреждения периферических нервных волокон прежде всего является постоянный профессиональный контакт с токсическими комплексами продуктов горения, а также курение, алкоголь. Большая длина и большой объём периферических нервных волокон по сравнению с телом нейрона становятся причиной частого повреждения их дегенеративных отделов [7,8]. Полинейропатия (ПНП) - это системное поражение периферических нервов [~]. В соответствии с современной международной классификацией выделяют две основные группы ПНП: миелинопатии и аксонопатии [1,2,3]. Такое деление соответствует гистологическому строению нерва - поражение швановских клеток (<демиелинизацию) и аксонов (включая поражение собственно нейронов и вазовазорум) [7]. Группы ПНП различаются этиологически, клинически и по нейрофизиологическим показателям [1,2,3,8]. В подавляющем большинстве случаев, со стороны ПНС обследуемые 1-ой и 2-ой групп предъявляли жалобы (68,6%) на ощущения слабости в руках и ногах, преимущественно в дистальных отделах, ощущения похолодания и зябкости, "мраморный" рисунок и повышенную потливость ладоней и стоп. Боли различной интенсивности в дистальных отделах рук и ног носили изменчивый характер в зависимости от эмоционального состояния, погодных условий. Реже встречались жалобы на мышечные спазмы (ночные), нарушения двигательных функций.

Анамнестически выяснено, что все обследуемые этих групп своё заболевание ПНС связывают с вышеуказанным пожаром. В подавляющем большинстве случаев в остром периоде отмеча-

лось лёгкое ощущение тяжести в руках и ногах, слабость (62,7% случаев от числа всех обследованных этих групп). Некоторые из этих больных указывали на чувство жжения в руках. Эти симптомы сохранялись в течение нескольких дней. Ряд больных со стойкими жалобами со стороны ПНС были обследованы в острый период и был выставлен диагноз острая токсическая полинейропатия (2%). Однако, у большинства стойкие жалобы со стороны периферической нервной системы появились через 3-4 года, после чего заболевание стало носить хроническое прогрессирующее течение (65%). Острое развитие слабости в отдалённый период можно расценивать как срыв компенсаторных механизмов давнего дефекта миелина в ответ на незначительную провоцирующую ситуацию (переохлаждение, контакт с токсином). Кроме того, литературные данные указывают, что при ряде интоксикаций специфические нарушения появляются через 6-7 лет болезни и могут зависеть от стажа работы с токсическим агентом, возраста пострадавшего [5].

При неврологическом исследовании субъективные ощущения слабости во всех случаях преобладали над объективными признаками снижения мышечной силы, которые практически не достигали степени парезов. Сухожильные рефлексы снижались, чаще незначительно (78% от числа поражений ПНС), а в отдельных случаях отмечалась умеренная гиперрефлексия (1,5%). Мышечный тонус, как правило, был снижен. Отмечалось расстройство эпикритической чувствительности (тактильной, вибрационной) (90,9%) и протопатической (болевого, температурной) (89,3%) в дистальных отделах рук и/или ног. Вегетативные дисфункции периферического характера - гипергидроз ладоней и стоп, мраморный рисунок кожных покровов, изменения дермографизма (93,9%).

При проведении стимуляционной электромиографии (ЭНМГ) выявлено значительное снижение скорости распространения возбуждения (СРВ), при сохранности параметров вызванного мышечного ответа. Резкое уменьшение чувствительности к электрическому стимулу, наличие стойких блоков проведения возбуждения. Электрофизиологически установленные уровни блоков не были локализованы в типичных местах компрессий нервных стволов, где обычно выявляются, так называемые тоннельные синдромы.

Столь значительные изменения возбудимости нерва, в сочетании с генерализованными изменениями СРВ свидетельствуют о наличии у данных групп пожарных демиелинизирующего процесса [1,2].

Таким образом, в 1-ой группе пожарных был выставлен диагноз:

Демиелинизирующая полинейропатия (ПНП) токсического генеза, дистальная сенсорновегетативная форма: верхних и нижних конечностей в 38 (48,7%) случаях; верхних конечностей в 7 (8,9%); нижних конечностей в 6 (7,6%). Всего в 65,2% случаев установлены поражения ПНС.

Во второй группе пожарных был выставлен диагноз:

Демиелинизирующая ПНП токсического генеза, дистальная сенсорновегетативная форма верхних и нижних конечностей в 9 (37,5%) случаях; верхних конечностей в 2 (8,3%); нижних конечностей в 4 (16,6%). Всего в 62,4% случаев установлены поражения ПНС.

При анализе таблиц сопряжённости хи-квадрат критерия видно, что при уровне значимости 0,05 нет влияния фактора группы (1-ая и 2-ая) на значение факторов вышеуказанных диагнозов (табл.1), т.е. статистически подтверждается схожесть поражения ПНС в первых двух группах.

Таблица 1.

Анализ таблиц сопряжённости по влиянию фактора группового различия 1-ой и 2-ой групп

фактор	хи-кв. критер.	степень свободы	критерий значения	знач. Р
ПНП в\к	0,09	1	3,8	0,75
ПНП н\к	0,46	1	3,8	0,4
ПНП в\к, н\к	0,53	1	3,8	0,46

при уровне значения 0,05

Примечание: в/к - верхние конечности, н/к - нижние соответственно.

Статистически подтверждается и тот факт, что обе эти группы работали в одинаковых условиях - по сроку прибытия на пожар, длительности пребывания в очаге, месту расположения в особоопасной зоне, по виду используемых средств тушения. Хи-квадрат критерий влияния факторов срока прибытия в очаг, зона нахождения в очаге (цех пластмасс, сборочный цех, на территории, отдельно группа водителей) оказался значимым. Нам также удалось проследить токсическое воздействие используемых средств пеногашения, особенно при контакте с нагретыми поверхностями. Значимого влияния фактора длительности пребывания в очаге пожара не установлено. Анализ хи-квадрат критерия подтверждает это (табл.2).

Таблица 2.

Анализ таблиц сопряжённости по влиянию на фактор ПНП верхних и нижних конечностей

фактор	хи-кв. критер.	степень свободы	критерий значения	знач. Р
время приб.	14,4	2	5,99	0
длит. приб.	6,19	3	7,8	0,13
Цех	31,82	3	7,8	0,13
Спос. гашен.	20,0	2	5,99	0

при уровне значения 0,05

Результаты исследования периферической нервной системы в 3-ей группе были отличными от первых двух. Значительно меньше было жалоб со стороны ПНС в целом (46,6% от числа всех обследованных этой группы). На первый План выступали жалобы на ночные мышечные судороги,

Данные электронейромиографии нижних и верхних конечностей в исследуемых группах

группа	мышца	сн. амп.	%	CPB	%	рез лат	%	сн.к э\ст.	%	блок пр.	%	F-волны	%
		сн. амп.	%	CPB	%	рез лат	%	сн.к э\ст.	%	блок пр.	%	F-волны	%
о	medianus	7	8,97	71	91	65	83,3	50	64,1	60	76,9	4	5
	ulnaris	20	25,6	77	98,7	50	64,1	61	78,2	44	56,4	2	2,5
	tibialis	25	32,1	65	83,3	57	73	60	76,9	59	75,6	11	14,1
	peroneus	17	21,8	71	91	70	89,7	57	73	77	98,7	12	15,4
о.с.в.	medianus	6	25	24	100	18	75	14	58,3	14	58,3	2	8,3
	ulnaris	10	41,7	22	91,7	14	58,3	18	75	12	50	0	0
	tibialis	10	41,7	22	91,7	16	66,7	12	50	20	83,3	4	16,6
	peroneus	8	33,3	22	91,7	20	83,3	22	91,7	18	75	2	8,3
* пожар, группа)	medianus	16	53,3	0	0	1	3,3	4	13,3	0	0	6	20
	ulnaris	17	56,6	4	13,3	1	3,3	6	20	0	0	7	23,3
	tibialis	29	96,6	21	87,5	4	13,3	30	100	5	16,7	13	43,3
	peroneus	27	90	4	13,3	22	73,3	23	76,7	1	3,3	17	56,6

слабость в ногах, в некоторых случаях затруднения при ходьбе, повышенная потливость ног, чувство онемения в ногах, жжения, нередко боли в ногах, нарастающие при нагрузках.

Анамнестические данные обследуемых этой группы были разными. Часть из них связывала начало заболевания с профессиональной деятельностью (6,6% от числа всех обследованных этой группы), часть со злоупотреблением никотином (курение) и алкоголем (43,3%). Во всех случаях заболевание развивалось постепенно и имело медленно прогрессирующие течение.

При неврологическом обследовании объективно выявлялись признаки мышечной слабости до степени умеренных (33,3% от числа поражений ПНС) и лёгких нижних парапарезов (76,7%). Сухожильные рефлексы были сниженными (80%), иногда незначительно (20%). Мышечный тонус, как правило, был снижен (86,7%), отмечалась гипотрофия мышц в области стоп, иногда голеней. Вегетативные дисфункции периферического характера - гипергидроз и акрогипотермия стоп, бледность и гиперемия кожных покровов, изменения дермографизма (73,3%). Нарушения протопатической (болевой, температурной) чувствительности в дистальных отделах ног (86,7%), в меньшей степени расстройство эпикритической чувствительности (тактильной, вибрационной) (13,3%).

При проведении стимуляционной электронейромиографии выявлено значительное снижение амплитуды вызванного мышечного ответа, хотя скорость распространения возбуждения (CPB) изменялась мало, найден повышенный процент полифазных колебаний и ритмичных высокоамплитудных колебаний. Установлено также уменьшение чувствительности к электрическому стимулу, наличие резидуальной латентности. Преимущественно эти изменения касались ЭНМГ нижних конечностей, а в ряде случаев снижения амплитуд М-ответов выявлялись со срединного и локтевого нервов (табл.3).

Такие показатели соответствуют денервационному типу записи, а диссоциация показателей

по верхним и нижним конечностям свидетельствует о преобладании изменений со стороны нижних конечностей [1,2]. По данным ряда авторов (Л.О. Бадалян, И.А. Скворцов) выраженные изменения параметров М-ответа, несоответствующие сохранности моторных функций, объясняется не столько поражением двигательных волокон нервов, сколько трофическими нарушениями, вызванными патологией вегетативных волокон нерва.

В этой группе пожарных был выставлен диагноз: аксональная ПНП токсического генеза, дистальная сенсомоторная вегетативная форма: верхних и нижних конечностей в 2-х (6,6%) случаях; нижних конечностей (токсическая + дисметаболическая) в 13-ти (43,3%). Всего отслежено 50% поражения ПНС.

Анализ таблиц сопряжённости хи-квадрат критерия показывает, что при уровне значимости 0,05 определяется связь фактора группы (1, 2, 3) на значение факторов вышеуказанных диагнозов, т.е. выявляется значимое групповое различие по этим диагнозам. Данная гипотеза подтверждается при анализе преобразованных таблиц сопряжённости (табл.4).

Таблица 4.

Анализ таблиц сопряжённости по влиянию фактора группового различия 1-ой, 2-ой, 3-ей групп.

фактор	хи-кв. критер.	степень свободы	критерий значения	знач. Р
ПНП в\к	2,85	2	5,99	0,24
ПНП н\к	19,14	2	5,99	0
ПНП в\к, н\к	16,41	2	5,99	0

при уровне значения 0,05

Отсутствие различий между группами 1-ой и 2-ой позволяет произвести их слияние. Значение хи-квадрат критерия в этом случае подтверждает различие групп участников (1 и 2) тушения пожара от группы сравнения (3) по критерию данных диагнозов (табл.5).

Таблица 5.
Анализ таблиц сопряжённости по влиянию
группового фактора при слиянии 1-ой и
2-ой групп, различие с 3-ей

фактор	хи-кв. критер.	степень свободы	критерий значения	знач. Р
ПНП в\к	10,28	1	3,8	0,001
ПНП в\к, н\к	13,78	1	3,8	0

при уровне значения 0,05

По выбранным 25 значимым признакам дискриминантный анализ (использовался Т-критерий Стьюдента и критерий Манна-Уитни) выявил, что заданные три группы по каждому выставленному диагнозу превышает точность определения свыше 95%.

На основании проведённого комплексного неврологического обследования получены данные, подтверждающие массовое поражение комплексом токсических продуктов первичного и вторичного горения периферической нервной системы ликвидаторов. По выявленным жалобам, неврологическому статусу, результатам нейрофизиологического исследования 1-ая и 2-ая группы однородны, что статистически подтверждено. Клинические показатели поражения сравнительной 3 группы отличаются от первых, что отражено в статистическом анализе. Наиболее выраженные поражения получили пожарные, работавшие в первые сутки пожара. По длительности пребывания в очаге (дни, недели...) на поражение нервной системы статистически значимого влияния нами не установлено. Очень серьёзным фактором поражения оказался фактор расположения рабочего места на пожаре. Пожарные, производящие тушение в цехе, где находилась продукция с содержанием поливинилхлоридов, получили наиболее тяжкие поражения [4]. Особо хотелось бы подчеркнуть токсическое влияние систем пеногашения, как одного из технологических звеньев ликвидации пожара. Воздействие сложного комплекса токсических веществ, выделяющихся при его использовании, становится дополнительным токсикогенным воздействием.

Выполняя свои профессиональные обязанности, пожарные подвергаются многолетнему контакту со сложным комплексом токсических веществ, что объясняет наличие токсических поражений у стажированных пожарных. Однако, структура этой патологии иная, как по клиническим, так и по нейрофизиологическим показателям. Данные эти подтверждены статистическим анализом.

В связи с вышеизложенным, медицинским службам в системе пожароохраны мы предлагаем следующие меры охраны здоровья пожарных.

При ликвидации пожаров на опасных объектах требовать обязательного наличия средств защиты дыхания и кожных покровов спецодеждами из тканей, предохраняющих от поступления в организм бромированных углеводородов, особенно при работе с системами пеногашения. Вводить ограничение сроков пребывания в опасной зоне, особенно в первые часы, сутки. Проводить подробное врачебное обследование всех ликвидаторов крупных пожаров непосредственно после участия в пожарах сложных категорий и ежегодно, в т.ч. в отдаленные сроки 6-8 лет на предмет выявления выше описанной категории поражения ПНС.

При наличии у пожарного жалоб в острый период, наблюдение за ним должно быть многолетним, регулярным. Для изучения вопроса необходимости перепрофилизации пожарных целесообразно наблюдать как группу риска, проводить у них меры профилактики повторных массивных токсических воздействий (с этой целью, возможно их перепрофилирование), инфекций, травм - как меры предупреждения декомпенсации. Осуществлять регулярные неврологические и нейрофизиологические обследования, независимо от наличия жалоб. Так как известно, что при клиническом отсутствии признаков периферического процесса (на фоне эффективного лечения) наблюдают сохранение на ЭНМГ выраженный демиелинизирующий процесс. В подобных случаях срыв компенсаторных механизмов в группе риска возможен в ответ на самую незначительную провоцирующую ситуацию.

THE LESION OF PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM IN FIREMEN - THE PARTICIPANTS OF THE THIRD CATEGORY COMPLEXITY FIRE LIQUIDATION

E.V. Portnjagina, T.P. Sizikh, V.I. Okladnikov

(Irkutsk State Medical University)

The article presents the results of complex neurological and neurophysiological examination of peripheral nervous system of firemen. There has been studied the influence of products of primary and secondary burning upon peripheral nervous system during high category complexity fire liquidation on production with the use of polyvinylchlorides. There have also been revealed the features of this lesion in two groups - participants of fire, as compared with the control group of firemen, who did not participate in the fire. The data of statistical analysis of the results obtained is estimated. The possibilities and methods of toxic influence prevention on organism during fire liquidation and their revealing in time are discussed.

Литература

1. Бадалян Л.О., Скворцов И.А. Клиническая электронейромиография. Руководство для врачей - М.: Медицина, 1986 - 512 с.

2. Гехт Б.М., Касаткина Л.Ф. Самойлов М.И. Электромиография в диагностике нервно-мышечных заболеваний. Таганрог: Изд-во Таг. ун-та, 1997. - 550 с.

3. Команденко Н.И., Коновалов Г.В. Полирадикулоневриты. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. - 244 с.
4. Портнягина Е.В., Сизых Т.П., Портнягин А.Ф. Поражение нервной системы у участников тушения пожара на шелеховском кабельном заводе. Актуальные вопросы современной клинической медицины. - Иркутск, 2000. - Вып.3. - С.54-55.
5. Трошин В.В. Токсические поражения нервной системы. Медицинская газета. №60. - 2001.
6. Начинайте действовать, чтобы предотвратить диоксиновое загрязнение. Материалы 3-ей гражданской конференции по диоксинам. - Иркутск: "Байкальская Экологическая Волна", 1998. - 184 с.
7. Хорст витхолтер. Метаболические и токсические нейропатии. - Междун. мед. журнал. - 2001 - Т.5. - С.446-449.
8. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В. и др. Болезни нервной системы. Руководство для врачей: в 2 т. - М.: Медицина, 1995 - Т.2 - 512 с.
9. Hagenmaier H. Belastung der Umwelt mit polychlorierten Dibenzodioxinen und polychlorierten Dibenzofuranen // Tubigen. - 1987.
10. Immunologische Aspekte in der Arbeitsmedizin // Kolloquium, Stuttgart: Gentner. - 1983. - P. 119-123.
11. Klein S. Bildung von Organohalogenverbindungen bei der Wasserchlorung // Z. ges. Hyg. - 1990. - N.36. - P.532-535.
12. Sinczuk-Walksак H., Jakubowski M., Matsak W. Neurological and neurophysiological examinations of workers occupationally exposed to manganese // International Journal of occupational medicine and environmental health. - Poland. - 2001. - Vol.14, N.940. - P.329-37.
13. Skolziger R., Wagner G., Damrau J. Cytochrom P-450 - abhängige Fremdstoffmetabolisierung - Anwendung eines in-vitro - Testsystems bei chemischer Mehrfachexposition // Z. ges. Hyg. - 1990. - N.35. - P. 103-105.

© БЕЛЯЛОВА Н.С., ЗИМИНА И.А., ГОРБАЧЕВА М.В., ХУЦИШВИЛИ Н.Д., БЕДЯЛОВ Ф.И. -
УДК 616.24-002-082+616-08-039.57

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Н.С. Белялова, И.А. Зимина, М.В. Горбачева, Н.Д. Хуцишвили, Ф.И. Белялов.

(Городская муниципальная клиническая больница №1, г. Иркутска гл. врач - к.м.н. Л.А. Павлюк, терапевт. отделение, зав. - И.А. Зимина)

Резюме. По данным анализа 61 истории болезни пациентов с внебольничной пневмонией прослежена динамика клинических, лабораторных и рентгенологических признаков пневмонии. Выявлено, что сроки нормализации температуры, физикальных данных, СОЭ и рентгенологической картины значительно различаются. Длительность госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией зависела от их возраста, длительности амбулаторного лечения и суммы баллов по шкале PORT.

Несмотря на широкое применение новых антибактериальных средств, пневмония остается одним из наиболее опасных заболеваний и занимает 6 место среди всех причин смертности и 1 место среди инфекционных болезней [13]. Экономический ущерб, приносимый пневмонией, также высок. Общая ежегодная стоимость затрат (медицинское обслуживание, лекарственные препараты, нетрудоспособность) на пациента с пневмонией в США в среднем в 5 раз выше, чем среди остального населения [8].

Реальная практика ведения пациентов с внебольничной пневмонией в отечественных лечебных учреждениях пока отличается от современных рекомендаций [12, 13]. В первую очередь это проявляется в высокой частоте госпитализаций и в длительности стационарного лечения пациентов.

В настоящей работе изучалось влияние клинических, лабораторных и лечебных факторов на длительность госпитализации пациентов в условиях терапевтического отделения городского стационара с целью выявления путей оптимизации диагностики и лечения внебольничной пневмонии.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 61 истории болезни пациентов с внебольничной

пневмонией, последовательно поступавших в терапевтическое отделение клинической больницы №1 г. Иркутска в 2001 году. В исследование включено 34 (55,7%) мужчины и 27 (44,3%) - женщин, средний возраст пациентов составил 49,3±18,5 года.

Диагноз пневмонии устанавливался на основании наличия острого воспалительного синдрома, аускультативных данных, инфильтрации на рентгенограммах и положительного ответа на антибактериальную терапию.

Анализ показаний к госпитализации проводился с помощью шкалы PORT, в которой тяжесть состояния оценивается с учетом возраста, пола, сопутствующих заболеваний (опухоли, заболевания печени, застойная сердечная недостаточность, заболевания цереброваскулярные, почек), физикальных данных (частота дыхательных движений, артериальное давление, температура, пульс, нарушение сознания), лабораторных показателей (мочевина, натрий, сахар, гематокрит) и наличия плеврального выпота [10]. Согласно шкале PORT госпитализации подлежат пациенты 3-5 групп с суммой баллов более 70.

Оценка различия средних величин исследуемых факторов проводилась при помощи t-критерия Стьюдента, а зависимости - оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции