

лактике отравлений и контролируется административными органами. В настоящее время на территории области реализуются более 20 программ по профилактике острых бытовых отравлений, информационно-аналитическую базу которых составляют данные токсикологического мониторинга.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Никонов Б. И., Ентус В. А., Диконский А. А.* Об острых отравлениях в быту среди населения Свердловской области в 1997 году с анализом динамики за 1993—1997 годы: Информ. бюлл. Екатеринбург, 1997. 25 с.

2. *Хальфин Р. А.* Оптимизация медико-демографической ситуации в области. Екатеринбург, 1997. 136 с.

3. *Хальфин Р. А., Сенцов В. Г., Мячкова Л. П., Брусин К. М., Уразаев Т. Х.* Динамика эпидемиологической ситуации при острых отравлениях и некоторые аспекты организации токсикологической службы Свердловской области // Регионарная политика в условиях реформирования здравоохранения. Москва; Екатеринбург, 1999. С. 153—159.

4. *Хальфин Р. А., Сенцов В. Г.* Эпидемиология острых отравлений и некоторые медико-демографические аспекты организации специализированной токсикологической помощи в Свердловской области. Екатеринбург, 1999. 153 с.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(ПО ДАННЫМ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА)

*Н. В. Ноэжкина, В. А. Ентус, М. В. Бровкин*

---

Уральская государственная медицинская академия,  
ФГУ «Центр государственного санэпиднадзора в Свердловской  
области» (Екатеринбург)

---

В 1990 г. заболеваемость по острым бытовым отравлениям в Свердловской области (по данным формы № 14) составила 156 на 100 тыс. населения. Заболеваемость взрослого и детского населения составила соответственно 150 и 174 на 100 тыс. населения. С 1993 г. в Свердловской области внедрена система токсикологического мониторинга острых бытовых отравлений. Наиболее пол-

ные и достоверные данные мониторинга были получены с 1996 по 2000 г., за этот период в Свердловской области всего было зарегистрировано 48 767 случаев острых экзогенных отравлений (табл. 1).

Таблица 1

**Распределение поступивших экстренных извещений по острым отравлениям в быту**

Годы	Нозологические формы отравлений							Всего	
	Алкоголь	Суррогаты алкоголя	Лекарственные препараты	Наркотики	Бытовая химия	Пищевые продукты	Неустановленные яды	Абс.	%
1996	2499	838	4567	Не учит.	1070	898	481	10 353	21,2
1997	1890	697	4502	Не учит.	1083	910	426	9508	19,5
1998	1422	657	4156	1002	1173	980	301	9691	19,9
1999	1306	615	4057	1482	1432	838	312	10 042	20,6
2000	1157	580	3337	1852	1209	852	186	9173	18,8
<i>Всего</i>	8274	3387	20 619	4336	5967	4478	1706	48 767	100

В структуре острых отравлений 42,4 % составили отравления медикаментами, 23,8 % — алкогольная патология (отравления алкоголем — 16,9 % и отравления суррогатами алкоголя — 6,9 %). Отравления препаратами бытовой химии, пищевыми продуктами и наркотиками составили соответственно 12,2; 9,2 и 8,9%; на долю отравлений неустановленными ядами пришлось 3,5 %.

Распределение по основным возрастным группам было следующим: детские отравления составили 10,9 %, отравления среди подростков — 16,9 %, отравления в возрасте 19 — 29 лет — 28,3 %, отравления в возрасте 30—39 лет, 40—49 лет и 50—59 лет — соответственно 14, 1; 14,8 и 7,3 %. Лица старше 60 лет составили 7,7 % (табл. 2).

Как видно из табл. 2, в возрасте до 14 лет отравления у девочек отмечались в 41,5 % случаев, у мальчиков — в 58,5 %. В возрасте 15—17 лет у девушек отравления отмечались чаще, чем у юношей, на 8,6 % ( $p < 0,05$ ). В возрасте 19—59 лет отравления у мужчин от-

**Распределение больных с острыми бытовыми отравлениями  
по полу и возрасту**

Пол	Возрастная группа, лет						
	0—14	15—17	18—29	30—39	40—49	50—59	60 и >
Мужчины	<u>3109</u>	<u>3789</u>	<u>9186</u>	<u>4387</u>	<u>4513</u>	<u>2203</u>	<u>1972</u>
	58,5	45,7	66,8	63,8	62,5	61,9	52,5
Женщины	<u>2207</u>	<u>4501</u>	<u>4566</u>	<u>2489</u>	<u>2705</u>	<u>1356</u>	<u>1784</u>
	41,5	54,3	33,2	36,2	37,8	38,1	47,5
<i>Всего</i>	5316	8290	13752	6876	7218	3559	3756

Примечание. В числителе — абсолютные данные, в знаменателе — в процентах.

мечались в среднем в 2 раза чаще, чем у женщин ( $p < 0,001$ ), а в возрасте 60 лет и старше нет достоверных различий между частотой отравлений между женщинами и мужчинами ( $p > 0,05$ ).

Среди отравившихся в быту  $45,7 \pm 3,5$  % составили неработающие трудоспособного возраста;  $33,4 \pm 3,7$  — работающие;  $30,3 \pm 4,6$  — учащиеся школ, ПТУ;  $14,9 \pm 2,6$  — пенсионеры;  $4,9 \pm 0,3$  — служащие;  $26,1 \pm 1,6$  % прочий контингент (дети дошкольного возраста, инвалиды и т. д.).

Среди причин отравлений преобладают суицидальные попытки (31,1 %), случайные бытовые отравления (22,0 %), отравления на фоне алкоголизации (18,7 %), отравления при передозировке наркотических средств (23,4 %) и в 4,8 % случаев причину отравления установить не удалось.

Определенное значение для проведения профилактических мероприятий и их характера имеет знание мест приобретения «причинного продукта», т. е. яда (табл. 3).

Как показал анализ экстренных извещений, только в 27,1 % случаев имеется указание на место приобретения «причинного продукта», большая часть пострадавших (72,9 %) или не знает или по каким-либо причинам скрывает место его приобретения.

Динамика показателей заболеваемости при острых отравлениях за 1996—2000 гг. в Свердловской области приведена в табл. 4.

По данным экстренных извещений, в 1996 г. показатели заболеваемости по острым бытовым отравлениям в Свердловской об-

Таблица 3

**Распределение мест приобретения «причинного продукта» по группам отравлений, % к общему числу случаев с указанием места приобретения яда**

Место	Лекарственные препараты	Алкоголь	Суррогаты алкоголя	Наркотические вещества	Бытовая химия	Пищевые продукты	Всего
Аптеки	91,6	0,62	2,7	41,7	15,7	0	59,2
Аптечные киоски	7,1	0,41	0,68	0	0,5	0	4,6
Киоски, павильоны, ларьки	0,7	48,8	45,6	0	4,6	4,48	8,9
Магазины	0,2	34,0	8,4	0	75,5	87,2	21,9
Частные лица	0,4	4,6	25,9	45,8	3,7	1,3	3,5
Продукты собственного изготовления	0	1,4	16,8	12,9	0	7,0	1,9

Таблица 4

**Динамика заболеваемости при острых отравлениях в быту (на 100 тыс. населения)**

Группы населения	1996	1997	1998	1999	2000
Городское	236,5 ± 32,5	187,5 ± 16,9	163,0 ± 10,1*	166,4 ± 14,6*	167,9 ± 8,9*
Сельское	150,9 ± 22,4	139,8 ± 15,2	133,8 ± 10,4	115,9 ± 11,7	130,3 ± 12,8
Область в целом	199,4 ± 21,1	167,0 ± 13,6	151,0 ± 10,9*	145,5 ± 10,2*	152,2 ± 9,5*

\* — достоверность  $p < 0,05$ .

ласти составили 199,4 на 100 тыс. населения. За прошедшие пять лет отмечается снижение заболеваемости: в 1997 г. — на 16,3 % ( $p > 0,05$ ), в 1998 г. — на 24,4 % ( $p < 0,05$ ), в 1999 г. — на 27,9 % ( $p < 0,05$ ) и в 2000 г. — на 23,7 % ( $p < 0,05$ ) (см. табл. 4). Снижение заболеваемости при острых отравлениях в области идет преиму-

щественно за счет городского населения. Так, если заболеваемость среди городского населения в 1996 г. составляла  $236,5 \pm 32,5$  на 100 тыс. населения, то к 2000 г. она снизилась на 29,1 % и составила  $167,9 \pm 8,9$  ( $p < 0,05$ ) на 100 тыс. населения. Существенного снижения заболеваемости среди сельского населения не отмечено ( $p > 0,05$ ) (рис. 1).

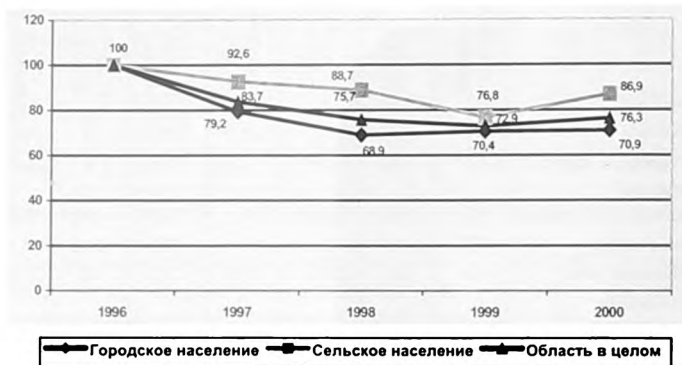


Рис. 1. Динамика заболеваемости населения по острым отравлениям, % к 1996 г.

По данным экстренных извещений, в период с 1996 по 2000 г. в Свердловской области от острых экзогенных отравлений в быту умерло 4409 пострадавших. Общая летальность составила 11,1 %. Распределение летальности по возрасту и полу приведено на рис. 2.

Как видно из данных рис. 2, показатели летальности различны в разных возрастных группах пациентов. Наиболее низкая общая летальность при острых отравлениях отмечается в группе детей и подростков. В возрасте до 14 лет летальность составила  $1,9 \pm 0,3$  %, летальность среди мальчиков (1,8 %) и летальность среди девочек (2,2 %) достоверно не отличались друг от друга ( $p > 0,05$ ). В возрасте 15—17 лет летальность среди юношей и девушек достоверно не отличалась и составляла в среднем 4,1—4,9 % ( $p > 0,05$ ). В целом летальность составляла  $4,9 \pm 1,7$  % и достоверно не отличалась от первой возрастной группы ( $p > 0,05$ ).

В возрастной группе 18—29 лет летальность составляет 15—15,5 %, преимущественно за счет летальности мужского населения.

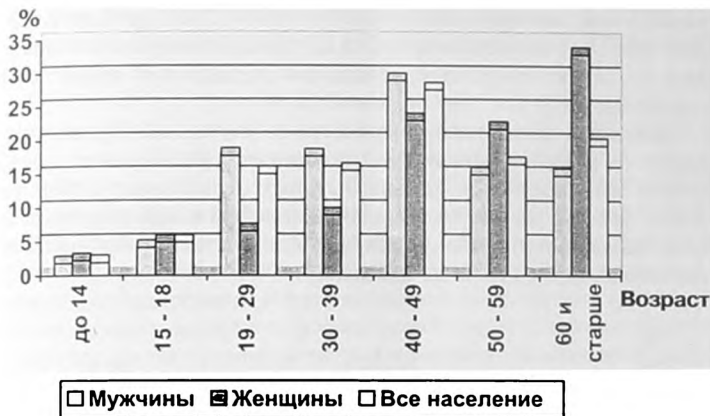


Рис. 2. Летальность при острых отравлениях

Так, в группе 18—29 лет летальность среди мужского населения в 2,7 раза выше, чем летальность среди женщин ( $p < 0,001$ ). Увеличение летальности среди мужчин привело к увеличению летальности в целом в среднем в 3,1 раза по сравнению с группой 18—29 лет ( $p < 0,001$ ).

В возрасте 30—39 лет сохраняются те же тенденции. Летальность среди мужчин, женщин и в целом составляет соответственно  $17,6 \pm 1,3$ ,  $8,9 \pm 1,5$  и  $15,5 \pm 1,8$  % и достоверно не отличается от предыдущей возрастной группы.

Наибольшая летальность отмечается в возрасте 40—49 лет, как среди мужчин ( $28,9 \pm 1,6$  %), так и среди женщин ( $22,9 \pm 1,9$  %). Летальность среди мужчин в этом возрасте составила  $28,9 \pm 1,6$  % и оказалась достоверно выше летальности в группе женщин ( $22,9 \pm 1,9$  %-++).

В возрасте 50—59 лет отмечается снижение летальности среди мужчин в 1,9 раза ( $p < 0,001$ ) по отношению к предыдущей возрастной группе. Летальность среди женщин существенно не изменилась ( $p > 0,05$ ). Снижение летальности в группе мужчин привело к снижению общей летальности в 1,8 ( $p < 0,001$ ) раза. В 60 лет и старше летальность среди мужчин составляла  $16,8 \pm 1,7$  % и достоверно не отличалась от данного показателя в возрастной группе 50—59 лет ( $p > 0,05$ ). Летальность среди женщин составила  $32,9 \pm 5,6$  % и ока-

залась выше летальности в группе мужчин в 2,2 раза ( $p > 0,001$ ). Общая летальность составила  $19,3 \pm 2,4$  % и достоверно не отличалась от соответствующего показателя предыдущей возрастной группы ( $p > 0,05$ ).

Динамика показателей смертности за изучаемый период приведена на рис. 3. Как видно на представленной диаграмме, показатели смертности при острых бытовых отравлениях с 1996 по 2000 г. увеличились на 26,4 % и составили 21,8 на 100 тыс. населения. Однако достоверных изменений в показателях смертности за изучаемый период нами не отмечено.

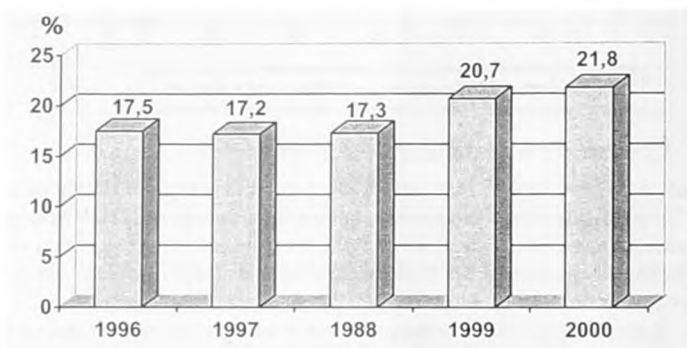


Рис. 3. Динамика показателей общей смертности при острых отравлениях в быту (на 100 тыс. населения)

Таким образом, система токсикологического мониторинга является одним из инструментов изучения эпидемиологии острых отравлений обеспечивает принятие своевременных и целенаправленных управленческих решений.

В перспективе развития токсикологической службы мы предусматриваем создание реанимационного отделения на 6 коек, химико-токсикологической лаборатории, регионального информационно-консультативного токсикологического центра.

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ РАСПОЗНАВАНИЯ ОТРАВЛЕНИЙ

*Г. А. Вишнеvский*

---

---

Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург)

---

---

Известно, что установление факта отравления представляет довольно трудную задачу. В большинстве случаев, подозрительных на отравление, смерть наступает неожиданно для окружающих, иногда без свидетелей, и эксперт, приступая к исследованию, не располагает сведениями не только об обстоятельствах наступления смерти, но и о клинической картине, предшествующей смерти. Кроме того, большинство отравляющих веществ, что характерно для сегодняшнего дня, не вызывает в организме каких-либо специфических или характерных морфологических изменений, поэтому и результаты исследования трупа не всегда позволяют установить отравление конкретным ядом. К тому же даже химическое обнаружение яда во внутренних органах не всегда является достаточным доказательством того, что смерть наступила именно вследствие отравления, а не от другой причины, и наоборот.

Поэтому «отравление неизвестным ядом» — далеко не самый редкий диагноз не только в истории болезни, но и в заключениях судебно-медицинского эксперта. В целом ряде случаев это объясняется не низкой квалификацией специалистов, а рядом объективных причин: нет возможности собрать анамнез; поздно обратились к врачу, когда период демонстративных симптомов закончился, яд выведен или разрушен и нет выраженных клинических или морфологических проявлений отравления и т. д. [1].

Вот почему полноценная клиническая диагностика не должна ограничиваться только данными физикального, инструментального и лабораторного обследований, точно так же, как посмертная диагностика не должна исчерпываться макро- и мик-