

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ОСТРЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ (СООБЩЕНИЕ 1)

Юрий Васильевич Зобнин¹, Сергей Константинович Седов¹,

Наталья Александровна Шляхецкая², Татьяна Валерьевна Пискарева²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра внутренних болезней с курсом профессиональной патологии и военно-полевой терапии, зав. – к.м.н., доц. С.К. Седов; ²Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы, начальник – Д.В. Перфильев, отдел комиссионных и комплексных экспертиз, зав. – Н.А. Шляхецкая, Иркутск)

Резюме. Представлены результаты комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз по установлению связи с трудовой деятельностью острых заболеваний (отравлений) нефтяными углеводородными продуктами во время нештатной ситуации на нефтеперерабатывающем предприятии.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза; острое производственное заболевание; острое отравление; нефтяные углеводороды.

EXPERIENCE OF FORENSIC EXAMINATION OF ACUTE PROFESSIONAL POISONING (REPORT 1)

Yu. V. Zobnin¹, S.K. Sedov¹, N.A. Shlyakhetskaya², T.V. Piskareva²

(¹Irkutsk State Medical University, ²Irkutsk Regional Bureau of Forensic Medicine, Irkutsk)

Summary. The results of the commission and complex forensic examinations to establish the connection of labor activity and acute diseases (poisoning) with oil hydro carbonic products are presented during an emergency situation at the petroleum processing enterprise.

Key words: forensic examination, acute professional disease, acute poisoning, petroleum hydrocarbons.

В соответствии с принятой этиопатогенетической классификацией отравлений как заболеваний химической этиологии в группе случайных отравлений выделяют несчастные случаи (аварии) на производстве. Производственные (профессиональные) острые отравления (заболевания) развиваются вследствие воздействия промышленных ядов, непосредственно используемых на данном предприятии или в лаборатории, при авариях или грубом нарушении техники безопасности при работе с вредными веществами [2].

Организация медицинской помощи пострадавшим в результате острых производственных отравлений регламентируется рядом нормативных документов. Постановлением Правительства РФ № 967 от 15 декабря 2000 г. утверждено «Положение о расследовании и учете профессиональных заболеваний». Расследованию и учету в соответствии с этим Положением подлежат острые и хронические профессиональные заболевания (отравления), возникновение которых у работников и других лиц (далее именуется – работники) обусловлено воздействием вредных производственных факторов при выполнении ими трудовых обязанностей или производственной деятельности по заданию организации или индивидуального предпринимателя. Под острым профессиональным заболеванием (отравлением) понимается заболевание, являющееся, как правило, результатом однократного (в течение не более одного рабочего дня, одной рабочей смены) воздействия на работника вредного производственного фактора (факторов), повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности. Профессиональное заболевание, возникшее у работника, подлежащего обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, является страховым случаем. Работник имеет право на личное участие в расследовании возникшего у него профессионального заболевания. По его требованию в расследовании может принимать участие его доверенное лицо. При установлении предварительного диагноза – острое профессиональное заболевание (отравление) – учреждение здравоохранения обязано в течение суток направить экстренное извещение о профессиональном заболевании работника в центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, осуществля-

ющий надзор за объектом, на котором возникло профессиональное заболевание (далее именуется – центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора), и сообщение работодателю по форме, установленной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (Роспотребнадзора), получивший экстренное извещение, в течение суток со дня его получения приступает к выяснению обстоятельств и причин возникновения заболевания, по выяснении которых составляет санитарно-гигиеническую характеристику условий труда работника и направляет ее в государственное или муниципальное учреждение здравоохранения по месту жительства или по месту прикрепления работника (далее именуется – учреждение здравоохранения).

Учреждение здравоохранения на основании клинических данных состояния здоровья работника и санитарно-гигиенической характеристики условий его труда устанавливает заключительный диагноз – острое профессиональное заболевание (отравление) и составляет медицинское заключение.

Установленный диагноз – острое или хроническое профессиональное заболевание (отравление) может быть изменен или отменен центром профессиональной патологии на основании результатов дополнительно проведенных исследований и экспертизы. Рассмотрение особо сложных случаев профессиональных заболеваний возлагается на Центр профессиональной патологии Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Работодатель обязан организовать расследование обстоятельств и причин возникновения у работника профессионального заболевания (далее именуется – расследование).

Разногласия по вопросам установления диагноза профессионального заболевания и его расследования рассматриваются органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, Центром профессиональной патологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, федеральной инспекцией труда, страховщиком или судом [5].

Приказом Минздрава России № 176 от мая 2001 г. «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации» утверждены: форма «Извещения об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления)», форма «Санитарно-гигиенической характеристики условий труда работника при подозрении у него профессионального заболевания (отравления)», форма «Извещения об установлении заключительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления), его уточнении или отмене», «Инструкция о порядке применения положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.12.2000 № 967» и другие документы [6].

Приказом Минздрава России от 6 февраля 2001 г. № 22 утвержден «План мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации по реализации Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний на 2001 год» [7].

Письмом Минздрава России от 9 октября 2003 г. № 2510/11361-03-32 определен порядок рассмотрения особо сложных и конфликтных случаев при проведении экспертизы связи заболевания с профессией [4].

Профессиональные отравления химической природы составляют 1-2% от общего числа экзотоксикозов. Их социальная значимость достаточно велика, так как сопряжена с определенными выплатами из фонда страхования от несчастных случаев на производстве, т.е. затрагивает интересы пострадавших и упомянутого фонда. Указывается, что острые профессиональные (производственные) заболевания (отравления) составляют около 17-20% в структуре профессиональных болезней. Распознавание и доказательство профессионального отравления основано на изучении обстоятельств происшествия, в том числе, условий труда, оценке клинической картины, данных медицинских исследований или освидетельствования пострадавшего, судебно-химических исследований органов, тканей и других биосред. Медицинская диагностика отравлений, в большинстве случаев, является трудной задачей для судебно-медицинского эксперта. В таких случаях ответственность за ее решение ложится на плечи специалиста-токсиколога [3].

По данным Иркутского токсикологического центра (отделения острых отравлений Медсанчасти ИАПО), в разные годы острые производственные отравления составляли от 0 до 0,5% в общей этиологической структуре отравлений [8].

Трудно сказать, насколько полными являются публикуемые статистические данные об острых профессиональных (производственных) отравлениях (заболеваниях). Опыт работы в отделении острых отравлений показывает, что гораздо чаще, чем заботой о пострадавших и желанием предотвратить в будущем несчастные ситуации, повлекшие возникновение заболевания, продиктованы действия представителей работодателя, особенно лиц, ответственных за соблюдение техники безопасности, стремящихся скрыть происшествие, предотвратить его официальную регистрацию, путем давления на пострадавших, вплоть до угрозы увольнения, или попытками откупиться материальными компенсациями пострадавшим. Как ни странно, даже руководители подведомственных предприятию лечебных организаций стараются любыми средствами помешать установлению связи заболевания с профессией [1].

Судебно-медицинская экспертиза при острых профессиональных (производственных) отравлениях (заболеваниях) проводится в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами, в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности и с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Целью настоящего исследования является анализ обстоятельств возникновения острых отравлений, установления их связи с трудовой деятельностью на основании некоторых судебных дел, представленных для изучения в отдел комиссионных и комплексных экспертиз ГБУЗ «Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы».

Материалы и методы

Ретроспективный анализ документов, связанных с судебными делами, возбужденными по иску пострадавших или по иску родственников пострадавших, погибших во время исполнения профессиональных обязанностей, по установлению отсутствия или наличия острого заболевания химической этиологии и его возможной связи с трудовой деятельностью, поступивших в разное время в отдел комиссионных и комплексных экспертиз ГБУЗ «Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы».

Результаты и обсуждение

По данным комиссионной и комплексной экспертиз Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ИО по материалам гражданских дел по исковым заявлениям Д. и Б. к ОАО «АНХК» о взыскании компенсации морального вреда, находящихся в производстве Ангарского городского суда.

Из искового заявления Д.: *Являясь сотрудником компании ОАО «АНХК» в должности оператора технологических установок 5 разряда, цеха 8/14, установки Г64, 25.09.2012 г. во время ночной смены увидел, как со свечи дыхания колонн вырывается большое количество легкой фракции (в течение 25-30 сек.). Вскоре почувствовал першение в горле, надел противогаз, за 10-12 м до установки услышал взрыв, увидел языки пламени, почувствовал воздействие взрывной волны (в 20.00-20.03).*

Были вызваны пожарные и скорая медицинская помощь.

Примерно в 20.15 почувствовал ухудшение самочувствия, появился сильный кашель, с позывами на рвоту.

Обратился за медицинской помощью к прибывшей бригаде скорой медицинской помощи.

Из «Медицинской карты стационарного больного»: Д., 1989 г. рождения, поступил в ЧУ «МСЧ-36» 25.09.2012 в 21.15 с жалобами на кашель с примесью мокроты (цвет не указывает), тяжесть, дискомфорт в эпигастрии. При осмотре дежурным врачом приемного отделения: состояние тяжелое, положение активное. Сознание ясное. Несколько лабилен, суетлив, пытается выйти на улицу. Грудная клетка участвует в акте дыхания, голосовое дрожание в норме, перкуторно над легкими легочной звук. При аускультации легких: дыхание везикулярное над всеми легочными полями, выслушиваются умеренно свистящие хрипы. ЧДД 18 в мин. Насыщение кислородом 99%. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 90 уд. в мин., артериальное давление 120/80 мм рт.ст.

В отделении анестезиологии-реанимации МСЧ-36: Д., 1989 г.р. Жалобы на общую слабость, тошноту, рвоту, «комочек в горле», кашель, чувство удушья, которое исчезло после ингаляции кислорода. Объективно: сознание ясное, несколько возбужден. Дыхание в легких везикулярное, в задне-нижних отделах выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД 18 в мин. Насыщение кислородом 99%. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС 90 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Зев гиперемирован. Живот мягкий, при пальпации слегка болезненный в эпигастрии. В 22.10 осмотрен врачом травматологом: Данных за травму не выявлено. В 22.45 осмотрен врачом хирургом: Данных за хирургическую патологию не выявлено. В 23.05 осмотрен окулистом: конъюнктива век правого глаза гиперемирована, отечна, легкая свето-

боязнь. Левый глаз спокоен. Глазное дно бледно-розовое. Диагноз: Острый конъюнктивит правого глаза. В 23.05 осмотрен врачом оториноларингологом: жалобы на кашель, першение в горле. Объективно: слизистая зева гиперемирована, гиперемия слизистой гортани, трахеи. Голосовые связки серого цвета. Голос звучный. Явлений отека нет. В 23.10 осмотрен врачом-неврологом: жалобы на першение в горле. Головной боли, головокружения нет. Объективно: зрачки равные, движения глаз в полном объеме, зрачковые рефлексы сохранены. Меньше правая носогубная складка. Нистагма нет. Положительный рефлекс Маринеску, Барра – отрицательный. Сухожильные рефлексы с рук и коленные оживлены, ахилловы живые. Патологических стопных рефлексов нет. Менингеальных симптомов нет. Координационные пробы выполняет точно. Чувствительность не нарушена. Выраженный дистальный гиперидроз. В месте, времени и собственной личности ориентирован. Заключение: Данных за локальную патологию со стороны нервной системы не выявлено. Астено-вегетативный синдром. По данным рентгенографии органов грудной клетки от 25.09.2012. Грудная клетка симметричная. Мягкие ткани и костные структуры не изменены. Легочные поля прозрачные, без очаговых и инфильтративных изменений, легочный рисунок умеренно усилен в медиальных зонах с обеих сторон. Корни – структурность снижена. Плевральные синусы свободные. Диафрагма четкая. Тень сердца и аорты не изменена. По данным электрокардиографии от 25.09.2012: По данным электрокардиографии от 25.09.2012: Ритм синусовый. Частота сердечных сокращений 64 в мин. Синдром ранней реполяризации желудочков. В общем анализе крови 25.09.2012: эритроциты $4,72 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 153 г/л, лейкоциты $12,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, моноциты 9%, эозинофилы 4%, лимфоциты 30%, СОЭ 5 мм/час. В крови 25.09.2012: ПО 0,81 (норма 0,7-1,1), АЧТВ 35,4 сек (норма 24-40), карбоксигемоглобин 2,5%, алкоголь 0,2 г/л (норма до 0,4), белок общий 72,6 г/л (норма 60-78), глюкоза 6,7 ммоль/л (норма 3,5-5,8), мочевины 6,3 ммоль/л (норма 2,5-6,2), креатинин 105 мкмоль/л (норма 44-130), билирубин общий 10,4 мкмоль/л (норма 8,5-20,5), АСТ 41,3 ЕД/л (норма < 40), АЛТ 66,7 ЕД/л (норма < 40), альфа-амилаза 89,0 ЕД/л (норма 220). В общем анализе мочи от 26.09.2012: УВ 1010, белка нет, эритроцитов 0-1 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, соли – положительно, алкоголь 0,2 г/л (норма до 0,4).

Лечение в АРО. Произведена катетеризация периферической вены, введено: реамберин – 500,0; р-р натрия хлорида 0,9% – 500,0; р-р глюкозы 5% – 500,0; р-р Рингера – 500,0; р-р Цитофлавина – 10,0 в р-ре глюкозы 5% – 200,0. Введены р-ры витамина В₁ – 2,0; витамина В₆ – 2,0, витамина В₁₂ – 1000 гамма. цефтриаксон – 1,0 в/м. Кислородотерапия. Ингаляции беродуала, лазолвана.

На следующие сутки 26.09.2012 в 07.00-08.00: Состояние стабильное, средней тяжести, сознание ясное. Дыхание в легких везикулярное, хрипов не выслушивается. ЧДД 16 в мин. Насыщение кислородом 96%. Артериальное давление 110/80 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений 55 уд. в мин. В АРО 26.09.2012: осмотрен дерматологом: по кожному статусу здоров. Осмотрен психиатром: психопатологии не обнаружено. В 13.00 переведен из отделения анестезиологии-реанимации в терапевтическое отделение. На электрокардиограмме от 26.09.2012: Синусовый ритм, ЧСС 58 в мин. Процессы реполяризации в норме. По лабораторным данным от 26.09.2012: эритроциты $4,34 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $11,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 58%, моноциты 2%, эозинофилы 2%, лимфоциты 35%, СОЭ 3 мм/час. В крови 26.09.2012: ПО 1,32 (норма 0,7-1,1), тромбиновое время 19,4 сек (норма 14-17), АЧТВ 37,4 сек (норма 24-40), белок общий 56,1 г/л (норма 60-78), глюкоза 4,96 ммоль/л (норма 3,5-5,8), мочевины 4,2 ммоль/л (норма 2,5-6,2), креатинин 105,8 мкмоль/л (норма 44-130), билирубин общий 12,0 мкмоль/л (норма 8,5-20,5), АСТ 28,6 ЕД/л (норма < 40),

АЛТ 40,6 ЕД/л (норма < 40), альфа-амилаза 41,5 ЕД/л (норма < 220), щелочная фосфатаза 64,4 ЕД/л (норма < 250 ЕД/л), липаза 18,2 ЕД/л (норма < 60 ЕД/л). 27.09.2012. по данным рентгенографии: Легочные поля прозрачные, легочный рисунок умеренно усилен в медиальных зонах с обеих сторон, корни структурные, синусы свободные. 28.09.2012. повторно осмотрен врачом оториноларингологом: жалобы на небольшой насморк слизистого характера, небольшие боли в горле при глотании. Объективно: умеренное раздражение слизистой носа, носовые ходы чистые, носовое дыхание свободное. Слизистая зева умеренно гиперемирована, небные миндалины 1 ст., чистые. Голос звучный. Надгортанник обычной формы, голосовые складки розовые, ровные, подвижные. Слизистая трахеи умеренно раздражена. Вновь осмотрен окулистом: правый глаз – выраженная смешанная инъекция склер, светобоязнь, слезотечение. На роговице инфильтрат.

28.09.2012 выписан из терапевтического отделения МСЧ-36. Заключительный диагноз: Подозрение на острое профессиональное отравление смесью паров нефтепродуктов (углеводородов), легкой степени. Острый катаральный фарингит, трахеит. Умеренно выраженный астено-вегетативный синдром. Сопутствующий диагноз: Вирусный кератоконъюнктивит правого глаза. Острый ринит, легкой степени.

Из искового заявления Б.: Являясь сотрудником компании ОАО «АНХК в должности оператора технологических установок 5 разряда, цеха 8/14, установки Г64, 25.09.2012 г. Во время ночной смены увидел, как от печи П-2 по земле распространяется пламя, затем последовал взрыв в районе насосов Н-26, 27, 28 и будке П-10. Был отброшен взрывной волной на 4-5 м на паровую гребенку, ударился об нее грудью. Затем последовал повторный взрыв.

Вместе с Д. открыл пожарные проезды на установку. После выполнения еще ряда действий, почувствовал головокружение, затруднение дыхания, боль в правом боку, появилась рвота.

Увидел машину скорой медицинской помощи, был встречен врачом, который сказал медсестре сделать уколы. В это время повторно возникла рвота.

Из «Карты вызова скорой медицинской помощи»: Вызов принят в 20.06, время прибытия на место вызова 20.15 (НПЗ установка Г64). Жалобы Б. на кашель, тошноту, рвоту, першение в горле. Состояние средней тяжести, поведение возбужденное, сознание ясное, спутанное, впоследствии некоторая дезориентация в ситуации. Над всей поверхностью легких выслушиваются влажные хрипы. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Артериальное давление 120/90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 86 в мин., пульс 86 уд. в мин. Начало транспортировки больного 21.06. Проведенное на ДГЭ лечение: кислород через маску – 6 л в мин., цефурал – 4,0 в/м, тиамин – 1,0 п/к, пиридоксин – 1,0 п/к, аскорбиновая кислота – 1,0 п/к.

Из «Медицинской карты стационарного больного»: Б. 1981 г. рождения, поступил в ЧУ «МСЧ-36» 25.09.2012 в 21.15 с жалобами на першение в горле, тошноту, позывы к рвоте, несистемное головокружение, периодически сухой кашель. При осмотре дежурным врачом приемного отделения: Состояние тяжелое. Положение на каталке. Сознание ясное. Несколько заторможен, на вопросы отвечает правильно, несколько детализирует события. Одет в рабочую одежду. Одежда чистая, целая. Грудная клетка участвует в акте дыхания, голосовое дрожание в норме, перкуторно над легкими легочной звук. При аускультации легких: дыхание везикулярное над всеми легочными полями, выслушиваются в небольшом количестве рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. Насыщение кислородом 97%. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 108 уд. в мин., артериальное давление 120/80 мм рт.ст. В отделении анестезиологии-реанимации МСЧ-36: Жалобы на общую слабость, тошноту, рвоту, периодически кашель. Объективно: сознание ясное, несколько возбужден, эйфоричен. Дыхание в легких везикулярное,

хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Насыщение кислородом 97%. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 103 в мин., АД 120/82 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. В 22.30 осмотрен врачом травматологом: Ушиб грудной клетки справа. В 22.45 осмотрен врачом хирургом: Данных за хирургическую патологию не выявлено. В 23.05 осмотрен окулистом: Глазное дно диски зрительных нервов бледно-розовые, уровень не изменен. Артерии и вены без особенностей. Соотношение 2:3. Сетчатка однородная. В 23.05 осмотрен врачом оториноларингологом: жалобы на кашель. Объективно: слизистая зева незначительно гиперемирована, нос – слизистая розовая, глотка, слизистая гортани розовая, явлений отека нет. Голосовые связки серого цвета. Ушные проходы справа и слева нормальные. В 22.50 осмотрен врачом-неврологом: жалобы на першение в горле. После взрыва испытывал головокружение. Объективно: зрачки равные, движения глаз в полном объеме, зрачковые рефлексы сохранены. Меньше правая носогубная складка. Нистагма нет. Положительный рефлекс Маринеску, Барра – отрицательный. Тонус и трофика не нарушены. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, коленные живые, ахилловы живые. Патологических стопных рефлексов нет. Менингеальных симптомов нет. Координационные пробы выполняет точно. Чувствительность не нарушена. Выраженный дистальный гипергидроз. В месте, времени и собственной личности ориентирован. Заключение: Данных за локальную патологию со стороны нервной системы не выявлено. Астено-вегетативный синдром. По данным рентгенографии органов грудной клетки от 25.09.2012: Грудная клетка симметричная. Мягкие ткани и костные структуры не изменены. Легочные поля прозрачные, без очаговых и инфильтративных изменений, легочной рисункой усилен в медиальных зонах с обеих сторон. Корни – структурность снижена. Плевральные синусы свободны. Диафрагма четкая. Тень сердца и аорты не изменена. По данным электрокардиографии от 25.09.2012: Ритм синусовый. Частота сердечных сокращений 87 в мин. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Нарушение процессов реполяризации в нижней и боковой стенке. В общем анализе крови 25.09.2012: эритроциты $4,46 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 136 г/л, лейкоциты $14,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные 5 %, сегментоядерные 72%, моноциты 5%, эозинофилы 2%, лимфоциты 16%, СОЭ 5 мм/час. В крови 25.09.2012: ПО 0,89 (норма 0,7-1,1), АЧТВ 36,2 сек (норма 24-40), карбоксигемоглобин 2%, алкоголь 0,2 г/л (норма до 0,4), биохимический анализ крови: белок общий 70,9 г/л (норма 60-78), глюкоза 7,2 ммоль/л (норма 3,5-5,8), мочевины 7,3 ммоль/л (норма 2,5-6,2), креатинин 124,2 мкмоль/л (норма 44-130), билирубин общий 15,6 мкмоль/л (норма 8,5-20,5), АСТ 23,4 ЕД/л (норма < 40), АЛТ 27,5,7 ЕД/л (норма < 40), альфа-амилаза 97,1 ЕД/л (норма 220). В общем анализе мочи от 26.09.2012: УВ 1015, белок 0,11 г/л, эпителлий 0-1 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, соли – положительно, алкоголь 0,1 г/л (норма до 0,4).

Лечение в отделении анестезиологии-реанимации: Произведена катетеризация периферической вены, введено: реамберин – 500,0; р-р натрия хлорида 0,9% – 500,0; р-р глюкозы 5% – 500,0; р-р Рингера – 500,0; р-р Цитофлавина – 10,0 в р-ре глюкозы 5% – 200,0. Введены р-ры витамина В₁ – 2,0; витамина В₆ – 2,0, витамина В₁₂ – 1000 гамма п/к, цефтриаксон – 1,0 в/м. Кислородотерапия. Ингаляции беродуала, лазолвана. На следующие сутки 26.09.2012 в 07.00-08.00: жалоб не предъявляет. Состояние стабильное, средней тяжести, сознание ясное, спокоен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов не выслушивается. ЧДД 20 в мин. Сатурация 98%. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений 68 уд. в мин. Осмотрен психиатром: психопатологии не обнаружено. Осмотрен дерматологом: по кожному статусу здоров. В 13.00 переведен из отделения анестезиологии-реанимации в терапевтическое отделение. В 20.50 осмотрен дежурным терапевтом. Жалобы на першение, боли в горле при глота-

нии, сухой кашель, головную боль, общую слабость. На электрокардиограмме от 26.09.2012: Синусовый ритм, ЧСС 62 в мин. Сохраняется полная блокада левой ножки пучка Гиса. По лабораторным данным от 26.09.2012: Эритроциты $4,27 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 132 г/л, лейкоциты $6,4 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час. В крови 26.09.2012: ПО 1,3 (норма 0,7-1,1), тромбиновое время 17,8 сек (норма 14-17), АЧТВ 30 сек (норма 24-40), белок общий 65,5 г/л (норма 60-78), глюкоза 4,3 ммоль/л (норма 3,5-5,8), мочевины 6,8 ммоль/л (норма 2,5-6,2), креатинин 110,2 мкмоль/л (норма 44-130), билирубин общий 15,6 мкмоль/л (норма 8,5-20,5), АСТ 28,2 ЕД/л (норма < 40), АЛТ 26,5 ЕД/л (норма < 40), альфа-амилаза 39,7 ЕД/л (норма < 220), щелочная фосфатаза 46,0 ЕД/л (норма < 250 ЕД/л), липаза 27,2 ЕД/л (норма < 60 ЕД/л), холестерин общий 4,3, холестерин ЛПВП 0,97, триглицериды 1,73, холестерин ЛПНП 2,9, индекс атерогенности 3,4. 27.09.2012. Контрольная обзорная рентгенография легких и в правой боковой проекции: легочные поля прозрачные, легочный рисунок без выраженных изменений, корни структурные, синусы свободны. 28.09.2012. Повторно осмотрен врачом оториноларингологом: жалобы на боли в горле при глотании. Объективно: умеренное раздражение слизистой носа, носовые ходы чистые, носовое дыхание свободное. Слизистая зева умеренно гиперемирована, небные миндалины I ст., чистые. Голос звучный. Надгортанник обычной формы, голосовые складки серые, ровные, подвижные. Вновь осмотрен травматологом: жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника и области крестца. Боли в грудной клетке не беспокоят. 28.09.2012 выписан из терапевтического отделения МСЧ-36. Заключительный диагноз: Подозрение на острое профессиональное отравление смесью паров нефтепродуктов (углеводородов), легкой степени. Острый катаральный фарингит. Умеренно выраженный астено-вегетативный синдром. Сопутствующий диагноз: Ушиб грудной клетки справа (производственная травма от 25.09.2012). Нарушение функции проводимости сердца по типу полной блокады левой ножки пучка Гиса.

По обоим случаям в ЧУ «Медсанчасть – 36» оформлены и направлены экстренные извещения о подозрении на острое профессиональное отравление в: Региональное управление ФМБА России № 28, Центр госсанэпиднадзора, работодателю.

Из «Акта расследования нештатной ситуации...» от 02.10.2012: Установка Г-64 предназначенная для приема продукта ловушечного в резервуарные паркы 18а, 18б, переработки его методом ректификации с получением компонентов моторных топлив: бензина, дизельного топлива, мазута с последующим вовлечением их в товарные топлива, 25 сентября 2012 г. находилась на широкой циркуляции. В работе находился сырьевой насос поз. Н-92. Насос Н-91 был в ремонте. Расход сырья на установку был нестабильный, отмечалось наличие отложений в сырьевом насосе. По прибору поз. РИР12 было отмечено повышение давления в колонне К-1 и увеличение расхода сырья до $38 м^3/час$, для исключения роста давления в колонне был снижен расход сырья в колонну поз. К-1. Операторы Б. и Д. доложили об истечении углеводородного парообразного облака со свечи, в связи с чем, была дана команда погасить форсунки печи поз. П-2. При выполнении работ по остановке печи поз. П-2 операторы Б. и Д. почувствовали запах, который не смогли объяснить, пожаловались на одышку и затруднение дыхания. Была вызвана машина скорой медицинской помощи, оба были осмотрены врачом, а затем доставлены, и в последующем госпитализированы в МСЧ-36.

Из санитарно-гигиенической характеристики условий труда от 12.12.2012: Вредные факторы производственной среды (при выполнении работ по обслуживанию установки) и время воздействия за рабочую смену (согласно карте аттестации рабочего места по условиям труда от 28.12.2010): загрязненность воздушной среды вредными химическими веществами 10%, шум от рабо-

ты технологического оборудования 50%, тепловое излучение 5%, производственная вибрация 10%. 25.09.12 в 20.00 обнаружено истечение углеводородных газов на свечу установки Г-64, сработали датчики НКПВ «загазованность». В 19.39 сработал датчик загазованности в открытой насосной у Н-38а; в 19.59 сработали датчики загазованности в открытой насосной у Н-21, 36, 38а, 63 и блоке колонн и ТО у Е-21; в 20.00 срабатывание датчика загазованности на блоке колонн и ТО у Е-22 и открытой насосной у Н-19, 39, 67.

В соответствии с актами отбора проб на анализ пробы воздуха на взрывоопасность или ПДК ВГСО-3, выполненных в цехе 8/14 уст. Г-64 25.09.2012, следует: на юго-восточной стороне открытой насосной в 20.05 концентрация горючих газов – 9% НКПВ (бензина – 60 мг/м³); на северо-западной стороне открытой насосной в 20.08 (концентрация горючих газов – 9% НКПВ, бензина – 60 мг/м³); в открытой насосной в 20.50: концентрация горючих газов – 6% НКПВ, бензина – 50 мг/м³; в РУ в 20.51: концентрация горючих газов – не обнаружена, бензина – 10 мг/м³.

В соответствии с актами отбора проб на анализ пробы воздуха на взрывоопасность или ПДК ВГСО-3, выполненных в цехе 8/14 уст. Г-64 25.09.2012. В открытой насосной в 20.50: концентрация горючих газов – 6% НКПВ бензина – 50 мг/м³. В РУ в 20.51: концентрация горючих газов – не обнаружена, бензина – 10 мг/м³. В открытой насосной в 21.03: концентрация горючих газов – 2%, бензина – 20 мг/м³. В открытой насосной в 21.10: концентрация горючих газов – не обнаружена, бензина – не обнаружена. Все указанные концентрации ниже ПДК (300/100 мг/м³).

Из «Акта проверки органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя от 24 декабря 2012 г.: 25 сентября 2012 г. на установке перегонки сернистых нефтей и выработки из них нефтепродуктов, около 20 часов, произошло истечение углеводородного парообразного облака на свечу установки Г-64, сработали датчики НКВП (нижний концентрационный предел взрываемости) «загазованность». Операторы технологических установок сообщили о срабатывании датчиков диспетчеру НПЗ. Диспетчером были вызваны бригада скорой медицинской помощи, аварийная бригада газоспасательной службы и служба пожарной охраны. Сведения об аварии, в том числе несчастном случае, произошедшем в результате аварии на установке Г-64 цеха 8/14 НПЗ ОАО «АНХК» 25.09.2012, не подтвердились.

Из протокола расширенного заседания Врачебной комиссии МСЧ-36 от 17.10.2012 «О диагностической экспертизе подозрения на профотравление»: Зарегистрированная в районе нештатной ситуации концентрация обнаруженных токсических веществ не превысила уровни ПДК. В связи с чем, связать клинические проявления со стороны органов дыхания и нервной системы у Д. с воздействием токсических веществ не представляется возможным. Данные за острое профессиональное отравление смесью паров нефтепродуктов (смесь углеводородов: нефти бензина и т.д.) не установлено.

Заключительный диагноз Д.: Острый катаральный фарингит, трахеит. Умеренно выраженный астено-вегетативный синдром. Вирусный кератоконъюнктивит правого глаза. Острый ринит, легкой степени.

Из протокола расширенного заседания Врачебной комиссии МСЧ-36 от 12.10.2012 «Диагностическая экспертиза подозрения на профотравление»: Зарегистрированная в районе нештатной ситуации концентрация обнаруженных токсических веществ составила: бензина – ниже предельно допустимых приблизительно в пять раз, дигидросульфида – ниже порога обнаружения как с наветренной, так и с подветренной стороны. Учитывая выше изложенное, связать клинические проявления со стороны органов дыхания и нерв-

ной системы у Б. с воздействием токсических веществ не представляется возможным.

Данные за острое профессиональное отравление смесью паров нефтепродуктов (смесь углеводородов: нефти бензина и т.д.) не установлено.

Заключительный диагноз Б.: Острый катаральный фарингит. Умеренно выраженный астено-вегетативный синдром. Ушиб грудной клетки, травма производственная от 25.09.2012 г. Постмиокардитическая полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Известно, что нефть и продукты ее переработки представляют сложную смесь органических соединений, преимущественно углеводородов. Групповой состав нефтей различных месторождений неодинаков. Основным процессом переработки нефти является ее перегонка, в результате которой получают дистилляты (фракции). Нефтяные углеводороды обладают наркотическим эффектом (ощущения легкости, эйфория, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушения сознания, угнетение, сомноленция, обнубиляция, кома с судорожным синдромом и др.) вследствие воздействия на центральную нервную систему, раздражающим эффектом на слизистые оболочки, конъюнктиву глаз (конъюнктивит), кожу (вплоть до эпидермолиза) и дыхательные пути (синдром раздражения, пневмопатии). Воздействие на сердечно-сосудистую систему оказывают преимущественно ароматические углеводороды. Эти же соединения способны угнетать кровеносную систему. Острые отравления нефтяными углеводородами нередки в производственных условиях. В большинстве своем, они относительно благоприятны, а при большой концентрации приводят к быстрой гибели пострадавших [2,3,9,10,11,12,13,14,15].

Таким образом, материалы гражданских дел по исковым заявлениям Д. и Б. к ОАО «АНХК» о взыскании компенсации морального вреда, находившихся в производстве Ангарского городского суда, а также соответствующие медицинские документы по этим делам свидетельствовали о том, что 25 сентября 2012 г. на установке перегонки сернистых нефтей и выработки из них нефтепродуктов, около 20 часов, произошло истечение углеводородного парообразного облака на свечу установки Г-64 цеха 8/14 НПЗ ОАО «АНХК», сработали датчики НКВП (нижний концентрационный предел взрываемости) «загазованность». Операторы технологических установок сообщили о срабатывании датчиков диспетчеру НПЗ. Диспетчером были вызваны бригада скорой медицинской помощи, аварийная бригада газоспасательной службы и служба пожарной охраны.

В соответствии с актами отбора проб на анализ пробы воздуха на взрывоопасность или ПДК ВГСО-3, выполненных в цехе 8/14 уст. Г-64 25.09.2012 в разных местах, обнаружены бензин и горючие газы, концентрации которых быстро уменьшились на открытом воздухе до полного отсутствия.

Установлено, что за медицинской помощью прямо на рабочем месте, в связи с остро возникшим недомоганием, одновременно обратились Б., 1981 года рождения, оператор технологических установок Цеха 8/14 НПЗ и Д., 1989 г. рождения, оператор технологических установок 5 разряда Цеха 8/14 НПЗ. Врачом скорой медицинской помощи у пострадавших были выявлены однотипные жалобы и оказана одинаковая первая помощь.

Б. и Д. машиной скорой медицинской помощи доставлены в приемное отделение МСЧ-36. В приемном отделении дежурным врачом зафиксированы однотипные жалобы и объективные признаки острого заболевания. Состояние обоих пострадавших на момент поступления расценено как тяжелое.

Из приемного отделения Б. и Д. госпитализированы в отделение анестезиологии-реанимации. Дежурным врачом анестезиологом-реаниматологом начато лечение. Пациенты, несмотря на поздний час, осмотрены всеми необходимыми специалистами. У обоих выявлены признаки энцефалопатии, раздражения слизистых,

пневмопатии. При лабораторном исследовании выявлен умеренный лейкоцитоз. На фоне проводимого интенсивного лечения все имевшиеся проявления исчезли или значительно уменьшились. Оба пострадавших были быстро переведены в терапевтическое отделение и вскоре выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Указанные в медицинских документах клинические проявления у Б. и Д. соответствовали клинической картине острого ингаляционного отравления парами углеродородов, легкой степени тяжести. Дополнительным доказательством отравления может быть указание на одновременное развитие заболевания у Б. и Д., находящихся в аналогичных условиях. Кроме того, подтверждением острого воздействия вредных факторов является быстрая положительная динамика состояния у обоих пострадавших на фоне адекватно проводимого лечения.

По материалам гражданских дел по исковым заявлениям Д. и Б. к ОАО «АНХК» о взыскании компенсации морального вреда Ангарским городским судом иски пострадавших Д. и Б. были удовлетворены.

При проведении комплексной судебно-медицинской экспертизы по указанным гражданским делам, устанав-

ливая связь остро возникшего заболевания с трудовой деятельностью, члены экспертной комиссии руководствовались установленным фактом возникновения нештатной ситуации, обусловленным залповым выбросом вредных веществ в производственную среду, зафиксированным всеми датчиками – газоанализаторами, с быстрым последующим снижением концентрации вредных веществ в открытой атмосфере производственного участка, а также одновременным возникновением однотипных клинических синдромов, быстро регрессировавших под влиянием адекватно проводимого лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 16.11.2016 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зобнин Ю.В., Седов С.К., Калинина О.Л. и др. Опыт Иркутских токсикологического и профпатологического центров в организации специализированной помощи при острых производственных отравлениях // Актуальные вопросы промышленной токсикологии: материалы науч.-практ. конференции (Москва, 26-27 ноября 2014 г.) / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральное медико-биологическое агентство, ФГБОУ ИПК ФМБА России, ФГБУЗ КБ №123 ФМБА России, Токсикологический центр ФМБА России; Под ред. С.Х. Сарманаева. – М.: Перо, 2014. – С.90-93.
2. Медицинская токсикология: национальное руководство / Под ред. Е.А. Лужникова. – ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С.85-94, 590-611.
3. Мусийчук Ю.И., Куценко С.А., Бушуев Е.С., Рыбалко В.М. Врачебная экспертиза при отравлениях химическими веществами. – СПб.: ФОЛИАНТ, 2007. – С.28-35.
4. Письмо Минздрава России от 9 октября 2003 г. № 2510/11361-03-32 «О рассмотрении особо сложных и конфликтных случаев при проведении экспертизы связи заболевания с профессией».
5. Постановление Правительства РФ от 15 декабря 2000 г. № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний».
6. Приказ Минздрава России от 28.05.2001 г. N 176 «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации».
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 февраля 2001 г. № 22 «О мерах по выполнению Постановления Правительства Российской Федерации

от 15 декабря 2000 года № 967».

8. Седов С.К., Зобнин Ю.В., Калинина О.Л. и др. Организация и тактика неотложной помощи при острых производственных отравлениях по данным Иркутского Центра токсикологии и профессиональной патологии // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2009. – № 1. – С.195-200.

9. Справочник для химиков, инженеров, врачей. – В 3-х т. Т. I. Органические вещества / Под ред. Н.В. Лазарева, Э.Н. Левиной. – Изд. 7-е, перераб. и доп. – Л.: Химия, 1976. – С.9-82.

10. Токсикологическая химия. Метаболизм и анализ токсикантов: учебное пособие / Под ред. Н.И. Калетиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С.722-753.

11. Третьяков С.В., Шпагина Л.А. Сердечно-сосудистая система при действии ароматических углеводородов. – Новосибирск: НГМУ, 2013. – 346 с.

12. Элленхорн М.Дж. Углеводородные продукты // Медицинская токсикология: Диагностика и лечение отравлений у человека. – В 2-х т. Т. 2. – М.: Медицина, 2003. – С.468-497.

13. Danel V., Barriot P. Les intoxication aiguës en réanimation – 2^{ème} édition. – Paris: Arnette, 1999. – P.301-316.

14. Gummin D.D., Hryhorczuk D.O. Hydrocarbons // Goldfrank's toxicologic emergencies / Ed. L. R. Goldfrank. – 7th ed. – New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2002. – P.1303-1322.

15. Testud F. Hydrocarbure pétroliers // Pathologie Toxique Professionnelle et Environnementale. – Paris: Edition ESKA, 2008. – P.351-365.

REFERENCES

1. Zobnin Y.V., Sedov S.K., Kalinina O.L., et al. Experience Irkutsk toxicology and occupational pathology centers in the organization of specialized care for acute industrial poisoning // Actual problems of industrial toxicology: scientific-practical materials. conference (Moscow, November 26-27, 2014) / Ministry of Health of the Russian Federation, Federal Biomedical Agency, FGBOU IPK FMBA of Russia, FGBUZ KB №123 FMBA of Russia, Poison Centre FMBA of Russia; Ed. E.J. Khavkin, S.H. Sarmanaev. – Moscow: Pero, 2014. – P.90-93. (in Russian)
2. Medical Toxicology: national leadership / Ed. E.A. Luzhnikov. – Moscow: GEOTAR Media, 2012. – P.85-94, 590-611. (in Russian)
3. Musiychuk Y.I., Kutsenko S.A., Bushuyev E.S., Rybalko V.M. Medical examination in case of poisoning by chemicals. A series of "Toxicology for physicians". – St. Petersburg: FOLIANT, 2007. – P.28-35. (in Russian)
4. Letter of the Ministry of Health of the Russian Federation

dated October 9, 2003 № 2510 / 11361-03-32 "On consideration of the very complex and disputed cases, during the examination of the disease due to the profession". (in Russian)

5. Russian Federation Government Resolution dated December 15, 2000 № 967 "On Approval of the investigation and recording of professional diseases". (in Russian)

6. The Russian Ministry of Health Order from 28.05.2001 N 176 "On improving the system of investigation and registration of occupational diseases in the Russian Federation". (in Russian)

7. The Russian Federation Ministry of Health Order From February 6, 2001 № 22 "On measures to implement the orders of the Russian Federation of December 15. (in Russian)

8. Sedov S.K., Zobnin Yu.V., Kalinina O.L., et al. Organization and tactics of emergency care for acute industrial poisoning, according to the Irkutsk Center of Toxicology and Occupational Pathology // Bülleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo centra Sibirskogo otdelenija Rossijskoj akademii medicinskih nauk. –

2009. – №1. – P.195-200. (in Russian)

9. Handbook for chemists, engineers, doctors. Ed. 7th, Lane. and ext. In three volumes. Volume I. The organic materials / Ed. N.V. Lazarev, E.N. Levina. – Leningrad: Chemistry, 1976. – P.9-82. (in Russian)

10. Toxicological Chemistry. Metabolism and toxicants analysis: Textbook / Ed. N.I. Kaletina. – Moscow: GEOTAR-Media, 2008 – P.722-753. (in Russian)

11. *Tretyakov S.V. Shpagina L.A.* Cardiovascular system under the action of aromatic hydrocarbons. – Novosibirsk: Novosibirsk State Medical University, 2013. – 346 p. (in Russian)

12. *Ellenhorn M.J.* Hydrocarbon products // Medical

Toxicology: Diagnosis and treatment of poisoning in humans: in 2 volumes. V.2. – Moscow: Medicine, 2003. – P.468-497. (in Russian)

13. *Danel V., Barriot P.* Les intoxication aiguës en réanimation – 2^{ème} édition. – Paris: Arnette, 1999. – P.301-316.

14. *Gummin D.D., Hryhorczuk D.O.* Hydrocarbons // Goldfrank's toxicologic emergencies / Ed. L. R. Goldfrank. – 7th ed. – New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2002. – P.1303-1322.

15. *Testud F.* Hydrocarbure pétroliers // Pathologie Toxique Professionnelle et Environnementale. – Paris: Edition ESKA, 2008. – P.351-365.

Информация об авторах:

Зобнин Юрий Васильевич – доцент кафедры внутренних болезней с курсом профессиональной патологии и военно-полевой терапии ИГМУ, к.м.н., доцент, 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, тел. 8 (3952) 328382, e-mail: zobnine@mail.ru; Седов Сергей Константинович – заведующий кафедрой внутренних болезней с курсом профессиональной патологии и военно-полевой терапии ИГМУ, главный специалист-профпатолог города Иркутска, к.м.н., доцент, e-mail: sedovsk@yandex.ru; Шляхецкая Наталья Александровна – зав. отделом комиссионных и комплексных экспертиз Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, 664011, г. Иркутск, Бульвар Гагарина, 4, тел. 8 (3952) 202135; Пискарева Татьяна Валерьевна – государственный судебно-медицинский эксперт отдела комиссионных и комплексных экспертиз Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Information About the Authors:

Zobnin Yuri V. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Internal Medicine with a course of professional pathology and military-field therapy ISMU 664003, Irkutsk, 1, Krasnogo Vosstaniya St., ISMU, tel. 8 (3952) 328382, e-mail: zobnine@mail.ru; Sedov Sergey K. – Head of the Department of Internal Medicine with a course of professional pathology and military-field therapy ISMU, chief specialist-pathologist Irkutsk, MD, PhD; Shlyahetskaya Natalia A. – Head of the Department fees and complex examination of the Irkutsk Regional Bureau of Forensic Medicine, 664022, Irkutsk, 4, Gagarina Boulevard, tel. 8 (3952) 202135; Piskareva Tatiana V. – State forensic expert of the commission and complex examination of the Irkutsk Regional Bureau of Forensic Medicine.

© МАРЧЕНКОВА М.С., КАЛЯГИН А.Н., БЕЛИНСКАЯ Е.И., АНТИПОВА О.В., СТОЙКО А.С., ЧЕРНЫХ С.Ю., БЫТЫГОВА М.Я., СУНГОРКИНА Л.Б., ВИТВИЦКАЯ К.Б. – 2016

УДК: 616/13-002192-031/14-02:616.36-002-022.6]-036.1

УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО

*Марина Сергеевна Марченкова¹, Алексей Николаевич Калягин^{1,2}, Екатерина Игоревна Белинская^{1,2},
Ольга Валентиновна Антипова¹, Анна Сергеевна Стойко¹, Светлана Юрьевна Черных¹,
Марем Яхьяевна Батыгова¹, Лариса Борисовна Сунгоркина¹, Ксения Борисовна Витвицкая¹*

(¹Иркутская городская клиническая больница №1, гл. врач – Л.А. Павлюк, ревматологический центр, зав. – О.В. Антипова; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов)

Резюме. Узелковый полиартериит представляет собою редкую нозологическую форму, относящуюся к категории системных васкулитов. Заболевание проявляется поражением сосудов среднего калибра. У некоторых из больных установлена ассоциативная связь этого заболевания с носительством вируса гепатита В. В работе представлено клиническое наблюдение классического варианта узелкового полиартериита у больного мужчины 53-летнего возраста, характеризующийся лихорадкой, похуданием, миалгиями, парестезиями и поражением яичка, но отсутствием HBV-инфекции.

Ключевые слова: узелковый полиартериит; системный васкулит; вирусный гепатит В; узловатая эритема; эпидидимит; миалгии.

POLYARTERITIS NODOSIS: PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND MANAGEMENT OF THE PATIENT

*M.S. Marchenkova¹, A.N. Kalyagin^{1,2}, E.I. Belinskaya^{1,2}, O.V. Antipova¹, A.S. Stoyko¹,
S.Yu. Chernykh¹, M.Yu. Batygova¹, L.B. Sungorkina¹, K.B. Vitvitskaya¹*

(¹Irkutsk Municipal Clinical Hospital No. 1; ²Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. Nodular poly-arteritis is a rare nosological form, referred to the category of systemic vasculitis. The disease manifests itself in the defeat of the vessels of medium caliber. Some of the patients associate this disease with the carrier of the hepatitis B virus. The paper presents a clinical observation of the classic variant of nodular polyarteritis in a 53-year-old male patient characterized by fever, weight loss, myalgia, parasthesia and testicular failure, but no HBV infection.

Key words: polyarteritis nodosis; systemic vasculitis; viral hepatitis B; erythema nodosum; epididymitis; myalgia.

Системные васкулиты (СВ) представляют собою гетерогенную группу заболеваний, основным морфологическим признаком которых является воспаление стенки сосуда, а клинические манифестации зависят от типа, калибра, локализации пораженных сосудов и активности системного воспаления [6]. Долгое время использовалась номенклатура СВ, предложенная в Чапел-Хилл в 1994 году [2,10]. Стоит отметить, что СВ относятся к категории одних из наиболее тяжёлых патологических

состояний, характеризующихся высокой вероятностью летальности и нарушения трудовой функции [1,8,9].

В 2012 году произошёл пересмотр номенклатуры СВ (табл. 1) [7,11].

Одним из наиболее тяжёлых представителей СВ является узелковый полиартериит. В соответствии с современным определением, узелковый полиартериит – это некротизирующий васкулит средних или мелких артерий без гломерулонефрита или поражения арте-