

Резюме

Показано, что магнитолазерная терапия оказывает выраженный терапевтический эффект при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза, о чем свидетельствует положительная динамика показателей регионарного кровотока, мышечного тонуса и кожной температуры.

Литература

1. Антонов И. П., Улащик В. С. / Перифер. нерв. система / Под ред. И. П. Антонова. 1978. Вып. 1. С. 138—146.
2. Бакина Г. С., Кашицкий Э. С., Борисов И. А. // Перифер. нерв. система / Под ред. И. П. Антонова. 1984. Вып. 7. С. 22—26.
3. Боголюбов В. М.; Улащик В. С. // Курортология и физиотерапия. М., 1985. Т. 1. С. 535—551.
4. Демецкий А. М., Алексеев А. Г. Искусственные магнитные поля в медицине. Мн., 1981.
5. Илларионов В. Е. // *Вопр. курортологии*. 1989. № 3. С. 19—21.
6. Илларионов В. Е. // *Сов. медицина*. 1990. № 7. С. 24—28.
7. Калюта М. И., Соловей Н. В., Сенюк Т. В. // Перифер. нерв. система / Под ред. И. П. Антонова. 1986. Вып. 9. С. 155—157.
8. Козлова Л. Н., Антонов И. П., Недзведь Г. К. и др. // Дифференцированное применение магнитных полей при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза: Метод. рекомендации. Мн., 1990.
9. Лазеры в клинической медицине / Под ред. С. Д. Плетнева. М., 1981.
10. Лазерная и магнитолазерная терапия / Под ред. А. К. Полонского. М., 1985.
11. Миненков А. А. Низкоэнергетическое лазерное излучение красного, инфракрасного диапазонов и его использование в сочетанных методах физиотерапии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1989.
12. Рубанов А. С., Танин Л. В., Дубовик В. В. и др. // *Весті АН БССР. Сер. біял. навук*. 1989. № 1. С. 102—104.
13. Рубин А. Б. Биофизика. М., 1987.
14. Улащик В. С. Новые методы и методики физической терапии. Мн., 1986.

УДК 616.833-036.865+313.13(476.2)

*В. Я. Латышева, Л. С. Гиткина, А. Н. Цуканов, А. П. Салаев,
С. В. Веренич, Г. С. Северин*

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РАЙОНАХ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Воздействию ионизирующей радиации подвержено все живое на Земле за счет так называемого естественного фона излучения: суммарного облучения космическими лучами, излучения от природных радиоизотопов, рассеянных во внешней среде и находящихся в самом организме [3, 4]. Человек подвергается и дополнительному, надфоновому, облучению при авариях, например на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) [1]. Имеются

данные об изменениях со стороны нервной системы под влиянием различных доз ионизирующей радиации [2, 5, 6].

Цель настоящего исследования — провести анализ заболеваемости и инвалидности при болезнях периферической нервной системы (ПНС) и костно-мышечной системы (КМС) в регионах, подвергшихся загрязнению радионуклидами. Последняя группа изучалась в связи с тем, что в материалах статистической отчетности поражения ПНС вертеброгенной этиологии учитываются в классе болезней костно-мышечной системы и представлены там весьма широко.

Нами проанализированы материалы статистической отчетности о заболеваемости и инвалидности населения различных регионов Беларуси, в том числе зоны жесткого контроля. Изучена заболеваемость (по первичной обрацаемости), распространенность болезней (по повторной обрацаемости), заболеваемость с временной нетрудоспособностью (ВН) и первичная инвалидность.

Рассматриваемый период охватывает 1985—1990 гг. и условно разделен на три отрезка времени: 1985 и частично 1986 г. (до аварии), часть 1986 и 1987 г. (начало воздействия радиации), 1988—1990 гг. (продолжительное воздействие).

Уровень заболеваемости и распространенности болезней в загрязненных районах в последние годы имеет отчетливый рост. Так, в Гомельской обл. с 1988 по 1990 год заболеваемость в связи с поражением ПНС увеличилась с 5,7 до 7,2 человека на 10000 населения, а распространенность — с 37,4 до 64,4; при поражении КМС заболеваемость возросла с 12,5 до 14,2, а распространенность — с 36,5 до 46,7 человека. В Могилевской обл. патология ПНС выросла с 8,1 до 17,4 (заболеваемость) и с 39,8 до 57,5 (распространенность) человека, патология КМС — с 37,9 до 177,3 и с 164,3 до 419,7 человека соответственно. Однако следует отметить, что рост этих показателей наблюдался и в целом по республике, хотя и менее значительный, чем в Могилевской обл. Одна из причин — изменение формы отчетности о заболеваемости и распространенности болезней. Со второй половины 1988 г. в статистический отчет начали включать заболевания как подлежащие диспансеризации, так и не подлежащие. Это привело к значительному росту показателей заболеваемости по всей республике в последние два года, когда новые правила были внедрены в практику.

Большой рост заболеваемости и распространенности болезней в зонах жесткого контроля также имеет свои предпосылки. После аварии на ЧАЭС отмечался значительный отток населения, особенно в первые годы: мигрировали преимущественно лица молодого возраста (до 40 лет). В результате произошло старение населения и, как следствие, повысилась заболеваемость, характерная для пожилого возраста. Другая причина роста показателей — акцентирование внимания населения зон жесткого

контроля на своем здоровье и более частая обращаемость за медицинской помощью по поводу как первичных, так и повторных заболеваний. И наконец, регулярно проводимые массовые медосмотры населения этих регионов также способствовали более частому выявлению заболеваний.

Все это приводит к выводу о некорректности сравнения показателей заболеваемости и распространенности болезней до и после аварии, особенно в загрязненных зонах. Поэтому на основании анализа данных показателей нельзя делать вывод о влиянии радиации на патологию ПНС и КМС. В силу этого мы оценили показатели трудопотерь. Их определение и правила анализа не подвергались изменениям за рассматриваемый период. Чтобы оценить состояние трудопотерь при патологии ПНС, были изучены уровень и динамика всей заболеваемости с ВН по Беларуси.

Уровень заболеваемости с ВН в Гомельской и Могилевской областях в сравнении с другими регионами республики с 1985 по 1990 год приведен в табл. 1. Самый низкий уровень ВН в Беларуси во всех областях зарегистрирован в 1987 г.— через год после аварии. Этот результат явился следствием нескольких причин: в 1987 г. не было эпидемии простудных заболеваний, в республике действовала система оперативного контроля за состоянием заболеваемости с ВН, большое внимание уделялось работе по ее сокращению.

В 1988 г. во всех регионах отмечен рост ВН. Динамика ВН в изучаемых и других областях была идентичной. Причины роста ВН были объективными: удлинение сроков оплаты пособия по уходу за больным ребенком (около 5% роста ВН), эпидемия гриппа и простудных заболеваний (5%). Но рост ВН оказался более значительным — 15,7% (вместо 10%). В 1989 г., когда не было эпидемии простудных заболеваний, ожидалось сокращение ВН на 5—6%, но этого не произошло. В 1990 г. вновь наступил рост ВН; при этом динамика ее в разных областях была

Таблица 1

Уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности в Беларуси (дни на 100 работающих)

Область	Год					
	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Брестская	576,2	579,4	558,4	650,6	632,1	691,8
Витебская	711,6	712,3	682,0	787,2	761,8	832,9
Гродненская	551,1	579,2	573,8	653,7	658,6	697,3
Гомельская	674,3	677,3	680,6	776,9	790,0	785,3
Минская	797,4	804,5	787,6	931,4	888,1	876,4
Могилевская	648,0	623,3	602,9	685,0	687,2	734,7
В целом по Беларуси	690,7	693,5	677,5	785,6	770,6	793,6

разнонаправленной. Наиболее значительный рост (9,3%) отмечен в Витебской обл.— самой благополучной в республике в отношении радиоактивного загрязнения. В Могилевской обл. ВН увеличилась на 6,95, а в Гомельской — снизилась на 0,6%. В первой половине 1991 г. ВН вновь, возросла. Рост произошел во всех областях: наиболее значительным он был в Гродненской обл. (16,3%), затем, в порядке убывания, в Гомельской (7,8%), Брестской (6,1%), Могилевской (5,1%), Минской (4,7%) областях. Приведенные данные не позволяют связать рост заболеваемости с ВН в Гомельской и Могилевской областях с влиянием радиации, так как в менее загрязненных регионах рост ВН был более значительным.

Углубленный анализ заболеваемости с ВН, проведенный Минздравом Республики Беларусь совместно с кафедрой ВТЭ БелГИУВ, и специальные проверки на местах позволили заключить, что в основе избыточного роста заболеваемости с ВН лежали преимущественно дефекты организации медицинской помощи и ВТЭ: разрушение системы оперативного контроля за заболеваемостью с ВН, явное снижение внимания к вопросам ВТЭ и сокращению трудопотерь, ликвидация службы ВТЭ в ряде регионов. На фоне сложной обстановки в народном хозяйстве и снижения эффективности управления здравоохранением возник не вполне обоснованный рост трудопотерь.

Аналогичную динамику имела и первичная инвалидность в Беларуси. Росту инвалидности, кроме указанных причин, способствовало и социальное законодательство: введение льгот многим категориям инвалидов (инвалидам войны и участникам, ставшим инвалидами от общего заболевания, инвалидам с детства, ликвидаторам аварии на ЧАЭС, воинам-интернационалистам и др.). Это вызвало усиленный приток инвалидов и несомненно способствовало росту инвалидности, достигшему небывалого за последние годы уровня (рост на 30% в 1990 г.).

В свете этих общих сдвигов заболеваемости с ВН следует рассматривать и динамику ВН при патологии ПНС и КМС.

Заболевания ПНС в статистической отчетности о ВН заключаются в две строки отчетной формы № 16-ВН: строка 25 — болезни КМС — включает вертеброгенную патологию ПНС, которая, по нашим данным, составляет 60—80% патологии КМС; строка 04 — заболевания ПНС — включают невертеброгенные заболевания ПНС. В 80-е годы произошло резкое снижение заболеваемости по строке 04, связанное с упорядочением шифровки больничных листов и отнесением вертеброгенных поражений ПНС к 25-й строке. В этой связи мы суммировали обе строки.

Заболеваемость с ВН при патологии ПНС и КМС в Беларуси и контролируемых областях представлена в таблицах 2 и 3. Уровень ВН (дни на 100 работающих) при патологии ПНС и КМС до аварии на ЧАЭС в рассматриваемых областях был примерно равным (несколько выше, чем в Беларуси, в Гомельской

Таблица 2

Уровень заболеваемости с ВН при болезнях ПНС и КМС в Гомельской, Могилевской областях и в Беларуси (дни на 100 работающих)

Год	Болезни ПНС и КМС			Год	Болезни ПНС и КМС		
	Гомельская обл.	Могилевская обл.	Беларусь		Гомельская обл.	Могилевская обл.	Беларусь
1985	79,0	84,3	79,9	1988	72,9	77,6	75,8
1986	75,0	78,6	77,8	1989	78,0	87,2	81,1
1987	79,0	82,5	80,3	1990	87,9	107,6	94,6

Таблица 3

Частота заболеваемости с ВН при поражении ПНС и КМС в Гомельской, Могилевской областях и в Беларуси (случаи на 100 работающих)

Год	Болезни ПНС и КМС			Год	Болезни ПНС и КМС		
	Гомельская обл.	Могилевская обл.	Беларусь		Гомельская обл.	Могилевская обл.	Беларусь
1985	6,8	6,9	6,4	1988	6,6	6,9	6,3
1986	6,6	6,3	6,2	1989	6,9	7,7	6,9
1987	6,7	7,1	6,5	1990	7,9	9,2	8,0

и ниже — в Могилевской областях). Самые низкие показатели ВН при патологии ПНС зарегистрированы в 1988 г. В 1989 и 1990 гг. уровень ВН возрос как в Беларуси, так и в загрязненных областях; при этом в Гомельской обл. рост был меньшим, чем в Беларуси, а в Могилевской, как и распространенность болезней, — значительно большим. Аналогичная картина наблюдалась и в «чистой» Витебской обл. Причиной роста во всех регионах было увеличение частоты ВН (число случаев на 100 работающих); продолжительность случая осталась без изменений.

Отдельно изучена патология ПНС и КМС в 11 районах Гомельской обл., отнесенных к зонам жесткого контроля, и в контрольном Октябрьском р-не (табл. 4). Обращает на себя внимание большой разброс показателей в разных районах, имевший место как до, так и после аварии на ЧАЭС. При этом в 1990 г. в шести районах уровень заболеваемости с ВН при патологии ПНС и КМС возрос, а в пяти — снизился.

Анализ показателей инвалидности при поражении ПНС и КМС также вскрыл значительный рост ее уровня в последние два года (1989—1990 гг.), отметившийся как в загрязненных, так и в «чистых» регионах и связанный с теми же причинами, которые обусловили рост инвалидности в целом (табл. 5).

Таким образом, проведенный анализ позволяет заключить, что радиация в загрязненных зонах в 1990 г. не оказала замет-

Таблица 4

**Уровень заболеваемости с ВН населения районов жесткого контроля
Гомельской обл. при болезнях ПНС и КМС за три года (дни на
100 работающих)**

Район	Годы			Район	Годы		
	1985	1989	1990		1985	1989	1990
Брагинский	51,5	59,7	98,5	Добрушский	95,6	82,3	100,7
Ветковский	65,5	91,0	81,9	Буда-Кошелевский	68,6	57,7	64,9
Чечерский	43,5	58,6	52,8	Ельский	93,8	79,1	86,7
Наровлянский	72,2	85,7	90,3	Лоевский	102,4	96,0	72,6
Хойникский	110,5	110,5	102,3	Лельчицкий	62,6	59,7	64,5
Кормянский	91,8	63,3	72,9	Октябрьский (конт- рольный)	93,5	95,1	82,6

Таблица 5

**Уровень инвалидности рабочих и служащих
(на 10 000 населения) в Гомельской, Могилевской областях
и в Беларуси при болезнях костно-мышечной, нервной системы
и органов чувств**

Год	Регион			Год	Регион		
	Гомельская обл.	Могилевская обл.	Беларусь		Гомельская обл.	Могилевская обл.	Беларусь
1985	5,7	5,0	5,5	1988	4,6	4,5	4,9
1986	5,2	4,9	5,6	1989	5,7	5,1	5,2
1987	5,3	5,3	5,6	1990	7,5	6,5	8,0

ного влияния на статистические показатели заболеваемости, распространенности и ВН при патологии ПНС. Если учесть, что эта патология носит преимущественно вертеброгенный характер, такой вывод вполне закономерен.

Хрящевая и костная ткани в наименьшей степени чувствительны к радиоактивному воздействию, поэтому вряд ли можно было ожидать увеличения частоты поражений ПНС, являющихся вторичными по отношению к дегенеративно-дистрофической патологии позвоночника. Что касается первичных (невертеброгенных) заболеваний ПНС, то их уровень в статистической отчетности неуклонно снижается, что связано не с истинным снижением заболеваемости, а с упорядочением шифровки диагнозов. Здесь происходит переток случаев и дней ВН из одной строки отчета (04) в другую (25). Это обстоятельство не позволит выявить в материалах статистической отчетности роста распространенности невертеброгенных заболеваний ПНС под воздействием радиации, даже если он будет иметь место. Для

выяснения этого вопроса требуется специально организованное изучение с использованием эпидемиологических методов и сравнения с адекватными контрольными регионами.

Резюме

По материалам статистической отчетности изучены динамика первичной заболеваемости распространенности болезней и заболеваемости с временной утратой трудоспособности при поражениях периферической нервной системы в регионах, подвергшихся радиоактивному загрязнению. В 1988—1990 гг. произошел значительный рост изученных показателей. Сравнение с республиканскими показателями и благополучными в отношении радиации регионами выявило аналогичную динамику заболеваемости и инвалидности. Вскрыта причина роста показателей. Анализ статистических данных не выявил связи между радиоактивной загрязненностью территории и ростом заболеваемости и инвалидности при поражениях ПНС. Это позволило заключить, что радиоактивное загрязнение к настоящему времени не оказало существенного влияния на патологию.

Литература

1. Василенко И. Я. // Мед. радиология. 1991. № 1. С. 48—51.
2. Диагностика и лечение цереброваскулярных нарушений у лиц, подвергшихся радиационному воздействию: Метод. рекомендации / Сост. В. П. Волошин, Ю. К. Деркач, Т. В. Крыженко и др. Харьков, 1990.
3. Израэль Ю. А., Вакуловский С. М., Ветров В. А. и др. Чернобыль: радиоактивное загрязнение природных сред. Л., 1990.
4. Лисовский И. В., Черняк С. И. // Военно-мед. журн. 1991. № 1. С. 24—27.
5. Мордачев И. П., Бурак И. И., Зяцк В. И. и др. // Сов. здравоохранение. 1991. № 4. С. 37—40.
6. Торбаров Ф. С., Благовещенская В. В., Чесалин П. В., Николаев М. К. // Журн. невропат. и психиатр. 1989. № 2. С. 48—52.

УДК 616.833.24-06:616.721.1-007.43]-085

И. И. Михневич

ПЕРИДУРАЛЬНЫЕ БЛОКАДЫ С МЕТИПРЕДОМ-ДЕПО В ЛЕЧЕНИИ КОРЕШКОВЫХ И РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Для купирования корешкового болевого синдрома при поясничном остеохондрозе широко применяются различные виды блокад. По данным литературы, более эффективно введение лекарственных веществ перидурально и эпидурально [1—3,6]. Первоначально перидуральные блокады производились с применением местных анестетиков и анальгетиков как симптоматическое лечение неврологических проявлений остеохондроза [2, 6—