

Длительность наблюдения и продолжительность ремиссии при некоторых неврологических заболеваниях

Неврологические формы	n	Продолжительность ремиссии при длительности наблюдения 1—2 года		Продолжительность ремиссии при длительности наблюдения от 3 до 5 лет			Продолжительность ремиссии при длительности наблюдения более 5 лет		
		до 1 года	1—2 года	до 1 года	2—3 года	4—5 лет	до 1 года	1—5 лет	6—8 лет
Неврологические проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника	22	3	1	3	3	6	—	—	6
Невралгия тройничного нерва	18	1	1	4	2	3	—	4	2
Гипоталамический синдром	6	1	1	1	—	—	—	2	1
Гипертоническая болезнь	40	—	—	3	2	1	6	26	2
Всего	86	6	3	11	7	10	6	32	11

Систематическое наблюдение и своевременное проведение лечебных мероприятий позволили добиться длительной ремиссии у большинства больных. Продолжительность ремиссии находилась в определенной зависимости от длительности наблюдения и характера лечебно-профилактических мероприятий (см. табл.). При более длительном наблюдении отмечалась тенденция к увеличению продолжительности ремиссии.

Таким образом, врачи кабинета рефлексотерапии могут выполнять эффективную диагностическую работу по диспансеризации всего населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов Н. Н., Качан А. Т. // В кн.: Современные проблемы рефлексотерапии и рефлексодиагностики. — Ростов-на-Дону, 1984.
2. Дуринян Р. А. // Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. — Ереван, Айстан, 1983.
3. Решетняк В. К. // ВНИИТИ. — Итоги науки и техники. — Физиол. человека и жив. — Москва, 1985. — Т. 29.
4. Табеева Д. М., Клеменко Л. М. // Ухоиглотерапия. — Казань, Татарское книжн. изд-во, 1976.

Поступила 23.03.89.

УДК 616.21

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ОБЪЕМ ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОЧИХ, ЗАНЯТЫХ В ПРОИЗВОДСТВЕ МИНЕРАЛЬНЫХ УДОБРЕНИЙ

А. И. Бикбаева, Н. А. Арефьева, Е. З. Лиснянский, А. А. Цыглин, А. А. Смирнов

*Кафедра болезней уха, горла, носа (зав. — проф. А. И. Бикбаева)
Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

В процессе получения нитро- и диаммофоски, фосфорной кислоты и кормового преципитата основными вредными факторами, влияющими на организм человека, являются кислоты и окислы фосфора, азота, калия, кальция, фтора. Они находятся в воздухе в виде пыли и паров, и их концентрации могут превышать предельно допустимые. Кроме того, известно отрицательное влияние мощного производственного шума. Снижение местной и общей иммунологической реактивности организма под действием химических агентов может привести к заболеваниям дыхательного тракта [1, 2, 4]. Производственный шум вызывает изменения в центральной нервной системе и внутреннем ухе, в основе которых лежит микроциркуляторные расстройства [3, 5].

На примере такого производства нами разработана схема организации лечения

оториноларингологических заболеваний рабочих в 3 этапа: цех — здравпункт — профилакторий санаторного типа. Основой схемы явились результаты многолетних обследований рабочих химических предприятий, включавших в себя объективный осмотр ЛОР-органов и оценку их функционального состояния, изучение состава периферической крови, местных иммунологических показателей (риноцитоскопия, секреторный иммуноглобулин А, фагоцитарная активность нейтрофилов и макрофагов), реорино- и реоэнцефалографию, аудиометрию.

Важным звеном в разработке схемы были данные профессионального и аллергологического анамнеза, изучение временной нетрудоспособности и санитарно-гигиенических условий труда.

Как показали исследования, у рабочих химического производства под воздействием

раздражающих паров, газов и пыли в верхних дыхательных путях развиваются воспалительные процессы, преимущественно в полости носа. В большей степени нарушается секреторная функция слизистой оболочки, изменяются показатели рН, эластотонические свойства сосудов. На этом фоне наступает расстройство местного иммунитета, что проявляется повышенной десквамацией и деструкцией мерцательного эпителия, дисфункцией клеточных элементов крови, мигрирующих на поверхность слизистой оболочки носа, снижением количества секреторного иммуноглобулина А, обеспечивающего местную противовирусную и противомикробную резистентность.

Показатели гемограмм свидетельствовали о том, что у большинства рабочих адаптационные реакции организма находятся в состоянии постоянного напряжения. Этим можно объяснить высокую заболеваемость рабочих острой респираторной инфекцией, составляющую более половины всех случаев нетрудоспособности.

В связи с изложенным был выбран способ профилактики острой респираторной инфекции — местное и общее иммунокорригирующее воздействие путем инстилляций в полость носа продигозана на полимерной основе или инъекции гамма-глобулина, осуществляемые во время медицинского осмотра рабочих.

В профилактике шумовой тугоухости на первом этапе наблюдения за рабочими важную роль играют рекомендации по снятию нервно-психического напряжения, вызванного шумом. Для этих целей организован кабинет психорелаксации. На первом этапе оздоровления ведется обследование рабочих цеха с выделением диспансерных групп, в том числе часто болеющих острыми респираторными инфекциями; составляют план оздоровления, выполняют профилактические мероприятия (неспецифическую вакцинацию), делают психоэмоциональные разгрузки.

На втором этапе рабочие диспансерных групп получают лечение в оториноларингологическом кабинете здравпункта завода. В объем работы врача входят дообследование больных (рентгенография придаточных пазух носа, их пункция), лечебные манипуляции, назначение медикаментозных средств. Широко используют физиотерапию (УВЧ, УФО, электрофорез и диадинамические токи, ультразвук, ингаляции). Об эффективности лечения заболеваний уха, горла, носа судят по лабораторным и электрофизиологическим показателям. По результатам терапии врач-оториноларинголог организует профильную группу лиц для прохождения курсового лечения в заводском профилактории санаторного типа, определяет показания к хирургическому лечению в

специализированном отделении и осуществляет предоперационную подготовку больного.

На третьем этапе лечения диспансерное наблюдение больных ведут в условиях заводского санатория-профилактория. Каждому больному представляют возможность такого лечения один раз в 2—3 года. Для этой цели организуют 3 профильные группы с заболеванием носа, глотки и уха. В профилактории продолжают лечение, начатое в здравпункте, но на данном этапе оно характеризуется большим объемом медикаментозного и физиотерапевтического воздействия. На больных благотворное влияние оказывают природные условия, правильно организованный режим питания и отдыха, лечебная физкультура, массаж. Благоприятные условия, в которые попадают больные, помогают избавиться от курения, употребления алкоголя, способствуют формированию здорового образа жизни.

В результате лечения 216 рабочих в 1986 и 1987 гг. клиническое улучшение при хроническом тонзиллите наступило у 66 из 68 человек, при риносинусите — у 102 из 106, при хроническом отите — у 41 из 42. Отдаленные итоги оздоровления при сроке наблюдения 1 год проявились в снижении дней нетрудоспособности со 186 до 113 при хроническом тонзиллите, с 223 до 104 при хроническом риносинусите и со 139 до 68 при хроническом отите.

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности показал, что неспецифическая иммунизация рабочих предотвратила массовое распространение острой респираторной инфекции. Так, в одном из цехов лишь 4% рабочих перенесли это заболевание, в то время как среди непривитых было 32,5% таких рабочих.

Таким образом, приведенная схема организации и объем поэтапного лечения рабочих химического предприятия при заболеваниях уха, горла, носа обеспечивают раннюю диагностику, эффективность профилактики, терапии и трудовой реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева О. Г. // Иммунология профессиональных хронических бронхолегочных заболеваний. — М., Медицина, 1987.
2. Остапович В. Е., Брофман А. В. // Профессиональные заболевания ЛОР-органов. — М., Медицина, 1982.
3. Сагалович Б. М., Шидловская Т. В., Мищанчук Н. С., Данилюк В. М. // Вестн. оториноларингол. — 1987. — № 3. — С. 29—31.
4. Солдаков И. Б., Данилин В. А., Митин Ю. В. // Профессиональная патология верхних дыхательных путей в химической промышленности. — М., Медицина, 1976.
5. Шидловская Т. В., Перевозникова Н. И. // Вестн. оториноларингол. — 1987. — № 5. — С. 26.

Поступила 01.06.88.