

У рабочих с гипотензией глаза, обусловленной воздействием хлорированных углеводов, в основном имело место повышение реографического коэффициента от 4,0 до 9% при неизменном тоне сосудов или при его незначительном снижении. Электрофизиологическое исследование функции сетчатки показало изменения на уровне субнормальных, носившие функциональный, обратимый характер.

При динамическом наблюдении за рабочими с нарушением регуляции офтальмотонуса в сторону повышения на протяжении 3—4 лет выявлена нестойкость этих расстройств. Так, внутриглазное давление нормализовалось у 82,8% рабочих, гипертонзия сохранялась у 17,2%. Электротонаографические данные указывали на нормализацию гидродинамических показателей у 70,8% рабочих с гипотензией глаза, у остальных 29,2% лиц по-прежнему определялась гипотензия глаза.

Стойкость выявленных изменений офтальмотонуса у части обследованных свидетельствовала, на наш взгляд, о ее причинной связи с воздействием вредных производственных факторов. Контакт рабочих с бензином через кожу не исключен, хотя показатели воздушной среды были удовлетворительными.

Таким образом, в результате исследований и динамических наблюдений за состоянием здоровья рабочих, контактирующих с бензином и сочетанием его с хлорированными углеводородами (дихлорэтан и хлористый метилен) на уровне предельно допустимых концентраций, установлены раннее нарушение офтальмотонуса (12,5%) и усиление расстройства его регуляции, а также раздражение переднего отдела глазного яблока. Синдромы поражения органа зрения бензином и сочетанием его с хлорированными углеводородами дополняют клинику общей интоксикации указанными веществами.

Поступила 17 октября 1984 г.

УДК 547.53:617.741—004.1—084

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРИНИТРОТОЛУОЛОВОЙ КАТАРАКТЫ

Р. А. Шамсутдинова, Р. Ш. Шавалеева

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Особенности течения тринитротолуоловой катаракты почти не описаны в специальной литературе, в то время как число рабочих, связанных по роду работы с производством и применением нитросоединений, продолжает расти.

В данном сообщении приводятся результаты многолетних наблюдений за лицами, работающими на производстве в контакте с нитросоединениями. В табл. 1 представлено соотношение числа зарегистрированных больных с токсическими катарактами к числу обследованного контингента и распределение их по стадиям.

Наиболее характерным симптомом отравления тринитротолуолом (ТНТ) является помутнение хрусталика по периферии различной интенсивности и формы. Такое помутнение мало влияет на остроту зрения и служит одним из ранних признаков начальной интоксикации организма или последствий непосредственного контакта продукта с конъюнктивой и роговой оболочкой. Раннее выявление токсических катаракт способствует предупреждению хронической интоксикации организма.

Таблица 1

Число зарегистрированных больных с токсическими катарактами

Годы	Число зарегистрированных больных	Их соотношение к числу обследованного контингента	Стадии											
			I		I—II		II		II—III		III		IV	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1980	62	13,1%	37	59,7	8	12,9	14	22,6	1	1,6	2	3,2	—	—
1981	70	15,9%	43	61,4	10	14,3	14	20,0	2	2,9	1	1,4	—	—
1982	75	17,1%	46	61,3	11	14,7	15	20,0	2	2,7	1	1,3	—	—
1983	74	15,5%	45	60,8	11	14,9	15	20,3	2	2,7	1	1,3	—	—

Для обнаружения изменений со стороны хрусталика у обследуемых рабочих мы предварительно проверяем остроту зрения и после этого расширяем зрачки двухразовым закапыванием 1% раствора гомотропина. Спустя 30—40 мин исследуем глазное дно, стекловидное тело и тщательно осматриваем хрусталик с помощью щелевой лампы. В зависимости от степени выраженности периферического и центрального помутнения хрусталика ставим диагноз токсической катаракты с указанием ее стадии (по Г. А. Тюкиной, 1967).

Результаты диспансеризации больных с токсической катарактой с 1980 по 1983 г. приведены в табл. 2.

Таблица 2

Диспансеризация больных
с токсической катарактой

Годы	Число больных			
	состоявших на учете в начале года	вновь взятых на учет	снятых с учета	состоявших на учете в конце года
1980	25	37	4	58
1981	58	12	3	67
1982	67	8	—	75
1983	75	—	1	74

Больные, вновь взятые на учет, распределялись по стадиям следующим образом: I стадия была выявлена в 1980 г. у 35, в 1981 г. — у 10, в 1982 г. — у 7; I—II стадии — соответственно у одного, 2 и одного больного; II стадия диагностирована в 1980 г. у одного больного.

Единичные штрихообразные помутнения хрусталика по его периферии у экватора мы относим к 0—I стадиям. В 1980 г. эта стадия катаракты была зарегистрирована у 34 человек, в 1981 г. — у 36, в 1982 г. — у 36, в 1983 г. — у 35. Среди обследованных пониженная острота зрения вследствие профессиональных изменений обнаружена в 1980 г. у одного больного, в 1981—1983 гг. не выявлена.

ни у кого. Констатирована прямая зависимость степени выраженности катаракты от длительности контакта с продуктом, то есть от стажа работы в контакте с ТНТ.

По данным 1981 г., при стаже работы до трех лет найдено 10 (14,2%) катаракт, от 3 до 5 лет — 12 (17,1%), от 5 до 8 лет — 18 (25,7%), свыше 8 лет — 30 (42,8%). При стаже работы свыше 10 лет профессиональная катаракта встречается в 100% случаев.

Исходя из данных профосмотра, разработан план по борьбе с токсической катарактой. Поскольку токсическое воздействие продукта обусловлено, с одной стороны, физиологическими особенностями и индивидуальной чувствительностью организма, с другой — санитарно-гигиеническими условиями труда, введен особый контроль за концентрацией паров и пыли продукта в воздухе рабочего помещения. Установлена приточно-вытяжная вентиляция на рабочих местах; рабочие имеют хорошо оборудованные бытовые комнаты, ежедневно меняют нательное белье после приема теплого душа, работы производятся в респираторах. С целью повышения индивидуальной устойчивости организма рабочие каждый день получают кислородный коктейль с сиропом шиповника или холосасом, а также ежегодно бесплатно направляются в заводской санаторий-профилакторий.

Больные с токсической катарактой берутся на диспансерный учет и регулярно наблюдаются, получают общеукрепляющее лечение. Лицам со II и III стадией катаракты местно в глаза закапываются поливитаминные капли. Лечение проводится в здравпункте внутри рабочего помещения. Вопросы трудоустройства решаются с учетом общего состояния организма и конкретных условий труда на рабочем месте. После выявления зависимости выраженности катаракты от стажа работы администрации завода предложено переводить рабочих с 8-летним стажем на работу, не связанную с токсическим продуктом. Все вновь поступающие проходят санитарный инструктаж и в дальнейшем с ними проводятся беседы по санитарно-гигиеническому содержанию рабочего места, рабочей одежды и по предупреждению заноса продукта с пищей и водой. Профилактические мероприятия также направлены на уменьшение контакта с продуктом путем улучшения условий труда, механизации, герметизации и автоматизации технологических процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тюкина Г. А. Вестн. офтальм., 1967, 3.

Поступила 10 ноября 1984 г.