

Результаты санитарно-химического исследования воздушной среды показали, что используемые в строительстве детских учреждений различные полимерные материалы — линолеум марки «Ликофлекс», древесно-волокнистые и древесно-стружечные плиты, ПВХ линолеум и мастика — являются источником выделения ряда вредных веществ (формальдегид, фталаты). О сенсибилизирующем эффекте химических веществ, мигрирующих из полимерных материалов, свидетельствует анализ состояния здоровья детей. Так, в исследуемых группах, в сравнении с контрольными, отмечено значительное увеличение частоты аллергических реакций, экссудативного диатеза, крапивницы, реакций на лекарственные препараты и др.

Что касается выделения химических веществ (фталатов) в воздушную среду цехов, то мы пришли к выводу, что оно скорее всего может быть обусловлено миграцией из полимерных материалов самой аппаратуры (поливинилхлоридная изоляция проводов и пр.). Методом опроса выявлено, что характерный посторонний запах работающие в цехах ощущали с начала установки аппаратуры типа АРМ-20 шведской фирмы «Эрикссон». Через год работающие стали жаловаться на ухудшение самочувствия (головные боли, головокружение, понижение работоспособности, у некоторых — носовые кровотечения). У 7 из 15 обследованных отмечены отклонения в формуле красной и белой крови. У большинства сотрудников констатировано снижение показателя зрелого фагоцитоза и увеличение содержания альфаглобулиновых фракций сыворотки крови. Полученные данные свидетельствуют, что эти изменения, имеющие химическую этиологию, связаны с миграцией химических соединений из полимерных материалов в воздушную среду и могут быть следствием как общетоксического, так и аллергенного воздействия указанных соединений на организм.

Ввиду одновременного контакта сразу с несколькими полимерными материалами и в связи с тем, что не исключено наличие и других, неучтенных факторов, нет возможности оценить аллергенный эффект каждого полимерного материала в отдельности. Особенно трудно приспособить натурные условия для исследования новых полимерных строительных материалов, так как это требует апробаций многих опытных образцов. Все сказанное обусловило необходимость разработки методических подходов, позволяющих изучать аллергенное действие полимерных строительных материалов с получением объективных данных не только для отрицательной, но и окончательной положительной гигиенической оценки их, в том числе в процессе создания новых материалов.

Принцип предлагаемого способа заключается в следующих положениях: 1) получение в экспериментальных условиях воздуха с качественными и количественными характеристиками химического загрязнения, которые хорошо коррелируют с натурными условиями эксплуатации материала; 2) изучение аллергенного действия воздуха, содержащего химические вещества, которые мигрируют из полимерных строительных материалов, в эксперименте на морских свинках; 3) режим затравки — ингаляционный круглосуточный непрерывный; 4) продолжительность затравки — 30 сут; 5) сроки тестирования — на 14 и 30-е сут; 6) методы алергодиагностики — специфические с гаптемами.

Всего с использованием описанного способа изучено 20 образцов наиболее распространенных полимерных строительных материалов, из которых более чем у половины обнаружены явные аллергенные свойства. Не обладают аллергенным действием следующие материалы: поливинилхлоридные линолеумы (сумгаитский и мытищинский), лак марки ПЭ-251 «Б», стеклопластик на основе смолы марки ЛПС-ГФ, полимерная губчатая пенырезины марки СМ-4 (без катапина) с различным соотношением натурального и бутадиестирольного латексов.

Результаты исследований полимерных материалов, как натуральных, так и экспериментальных в моделированных условиях, в свете данных литературы о росте аллергических заболеваний и реакций и об этиологической связи их с химическим фактором позволяют с большой долей вероятности утверждать, что полимерные строительные материалы являются новым фактором алергизации организма человека в условиях обитания.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.24:362.147

К МЕТОДИКЕ ДИСПАНСЕРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛИЦ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Проф. Г. А. Смирнов

*Кафедра физиатрии (зав. — проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Реферат. Предложена методика диспансерного обслуживания больных неспецифическими болезнями органов дыхания. Для выявления их составлена простая

анкета, которую население может заполнить при посещении поликлиники или при прохождении флюорографии. В связи с необходимостью дифференцированного наблюдения за больными с неспецифической патологией органов дыхания разработан проект диспансерной группировки их с выделением 4 групп учета. Обсуждаются пути организации пульмонологической службы.

Ключевые слова: заболевание легких, диспансеризация.

1 таблица. Библиография: 7 названий.

В связи со значительным снижением заболеваемости населения туберкулезом и ростом заболеваемости неспецифическими болезнями легких и бронхов хроническая неспецифическая патология органов дыхания приобретает большее социальное значение, чем туберкулез. Особенно большое распространение получает хронический бронхит. При сплошном обследовании рабочих ряда производств, не имеющих вредностей, он был выявлен у 20—39% обследованных [1]. Диспансеризации и лечению больных хроническим бронхитом уделяется недостаточное внимание. Между тем важность этой проблемы, как справедливо замечает К. Г. Никулин (1973), определяется количеством инвалидности по поводу всех хронических неспецифических заболеваний легких, составляющей, по данным автора, 20% всей инвалидности по поводу заболеваний внутренних органов.

Росту хронических заболеваний легких способствует и накопление среди населения прослойки лиц, выздоровевших от туберкулеза. Наши данные показывают, что у 50% излеченных от туберкулеза бронхографически выявляются выраженные изменения в строении бронхиального дерева, часто бронхоэктазы [7].

Общее число больных ХНЗЛ среди населения по данным разных авторов колеблется от 1,5 до 13%. Однако во все эти статистические разработки не включены больные с невоспалительной патологией легких, бронхов и средостения, которые также требуют систематического наблюдения.

Необходимость диспансеризации больных ХНЗЛ в настоящее время не вызывает сомнений. Для обслуживания больных неспецифическими заболеваниями органов дыхания необходимо, как и при обслуживании больных туберкулезом, создать систему из 4 звеньев — диспансера, терапевтического стационара, хирургического стационара и санатория. В этой статье мы излагаем свои соображения об организации и методике работы главного звена — диспансерного.

Основой диспансерного метода является **активное** выявление больных, подлежащих учету, **активное** наблюдение и лечение с вызовом неявившихся в назначенные сроки и **активное** проведение профилактических мероприятий.

Методы активного выявления больных с неспецифической патологией легких и бронхов еще не разработаны. Массовая флюорография лишь частично поможет в выявлении больных хронической пневмонией и очень мало в выявлении больных хроническим бронхитом. При сплошной флюорографии населения пневмонию обнаруживают лишь у 0,7—1,8% обследованных [3]. В то же время у половины лиц, страдающих пневмонией, отсутствуют изменения, определяемые флюорографически.

Поэтому сейчас, когда стоит задача за короткий срок выявить большое число ранее не учтенных больных, можно применить анкетный метод. В связи с необходимостью анализа большого числа анкет их надо составлять так, чтобы они были пригодны для машинной обработки [2]. Однако учитывая, что пока большинство поликлиник не имеет возможности пользоваться ЭВМ, мы разработали простую и общедоступную анкету, с помощью которой, так же как при флюорографии, можно осуществить предварительный отбор с последующим вызовом лиц, у которых заподозрено заболевание, на дообследование. Эту анкету можно предложить заполнить каждому человеку, впервые посе-

тившему поликлинику в течение 2 лет, так как за такой срок большинство больных ХНЗЛ по тому или иному поводу побывает в поликлинике. Значительно быстрее анкетным способом можно обследовать рабочих промышленных предприятий. По возможности одновременно с заполнением анкеты желательнее проводить пневмотахометрию и спирометрию или заполнять анкету одновременно с флюорографией.

АНКЕТА

Просим Вас ответить на вопросы (ответы подчеркнуть)

- | | | |
|--|---|----------------|
| Фамилия, имя, отчество | Возраст | Пол: муж. жен. |
| Домашний адрес (или цех) | | |
| 1. Курите ли Вы? | Да. Нет. Раньше курил | |
| 2. Часто ли Вы простужаетесь или болеете гриппом? | Редко. 1—2 раза в году. 5—6 раз в году. | |
| 3. Часто ли Вы кашляете? | Только во время простуды. Постоянно по утрам. Постоянно в течение дня. При выходе на холод. | |
| 4. Выделяется ли при кашле мокрота? | Нет. Выделяется только по утрам. Выделяется весь день. | |
| 5. Какая мокрота? | Слизистая (прозрачная). Гнойная (желтая). Утром гнойная, днем слизистая. Гнойная после простуды. | |
| 6. Бывает ли у Вас одышка или затруднение дыхания? | Нет. Только по утрам. Вечером в постели. Днем при ходьбе и работе. Постоянно. | |
| 7. Бывают ли приступы удушья? | Да. Нет. | |
| 8. Слышите ли Вы сами хрипы в легких? | Нет. Иногда. Постоянно. | |

Хроническая бронхолегочная патология чрезвычайно разнообразна. Поэтому при диспансерном наблюдении частота контрольных обследований, методы лечения и профилактики обострений должны быть дифференцированными. Опыт противотуберкулезной службы показывает, что организационной формой, обеспечивающей дифференцированное наблюдение, может быть диспансерная группировка контингентов.

В литературе мы нашли весьма ограниченное число предложений по этому вопросу. А. Ш. Шерман (1975) считает целесообразным разделение больных на 2 группы: нуждающихся в активном лечении и нуждающихся в систематическом наблюдении. Такое деление нам представляется недостаточным, так как оно не может обеспечить дифференцированного наблюдения за больными первой группы, которая будет очень большой и весьма неоднородной.

Мы предлагаем проект диспансерной группировки контингентов (см. табл.), построенной аналогично фтизиатрической. В ней выделены 4 основные группы учета и определена методика работы с ними. Наш опыт работы с этой группировкой пока небольшой, но уже стало ясно, что благодаря ей врачу значительно легче ориентироваться в контингентах. Раскладка форм № 30 соответственно группе учета позволяет быстро выявлять больных, пропустивших сроки контрольного обследования, и вызывать их. Облегчая частое наблюдение за активными больными, группировка поможет без перегрузки держать под контролем и большое число неактивных больных (II и III группы учета).

Распределение больных по группам учета упрощает также анализ результатов работы по пульмонологии, при котором мы считаем целесообразным изучать следующие основные показатели: болезненность.

Диспансерная группировка больных неспецифическими заболеваниями органов дыхания

| Группы | Контингенты | Сроки наблюдения | Мероприятия и частота посещения |
|--------|--|--|---|
| 0. | Угрожаемые: перенесшие острую и затянувшуюся пневмонию, а также затянувшийся бронхит. | 6—12 мес. При рецидиве переводят в I группу. При благоприятном исходе и большом остаточном пневмосклерозе переводят во II группу. При отсутствии пневмосклероза снимают с учета. | При взятии на учет обследование и санация верхних дыхательных путей. В дальнейшем клинический и рентгенологический контроль: первый раз через 2 нед, затем через 1 мес и через 3—6 мес. |
| I. | Больные хронической пневмонией или бронхитом. Подгруппа А — больные с хронической пневмонией и хроническим бронхитом III стадии. Подгруппа Б — больные хронической пневмонией II стадии и хроническим бронхитом II стадии. | Многолетнее. Переводят во II группу при отсутствии обострений в течение 3 лет или после операции. | При взятии на учет санация верхних дыхательных путей и госпитализация для обследования, отбора на оперативное лечение, обучения позиционному дренажу, определения трудоспособности и попытки излечения или максимальной стабилизации процесса. В дальнейшем (при невозможности операции) посещения каждый месяц для подгруппы А и каждые 3—4 мес. для подгруппы Б с проведением курсов профилактики обострений. |
| II. | Больные хроническим бронхитом I стадии. Выздоровевшие после хронической пневмонии (в том числе оперированные). Впервые выявленные с пневмосклерозом без клиники хронической пневмонии. Выздоровевшие после туберкулеза легких с выраженным остаточным пневмосклерозом. | Многолетнее. При прогрессировании переводят в I группу. | При взятии на учет обследование и по возможности устранение вредных факторов (курение, пылевые профессии, простудные факторы). В дальнейшем контроль 1 раз в год. |
| III. | Больные с невоспалительной и врожденной патологией легких, бронхов и средостения (кисты легких, средостения, не осложненные гнойной инфекцией, диссеминированные процессы, саркоидоз и др.). | Многолетнее. В случае развития хронического воспалительного процесса переводят в I группу. | При взятии на учет отбор на хирургическое лечение. Больным саркоидозом по показаниям проводят курс гормонотерапии. В дальнейшем всем больным — контроль 1—2 раза в год. |

Примечания. 1. При необходимости дифференциальной диагностики до установления диагноза больных на учет не берут.
2. Больных бронхиальной астмой учитывают соответственно форме и стадии инфекционно-воспалительного процесса бронхолегочной системы. Больных atopической бронхиальной астмой учитывают в аллергологическом кабинете или для них выделяется дополнительная группа учета.

(общее число больных среди населения), структуру болезненности (распределение по клиническим формам), заболеваемость острыми, хроническими и невоспалительными болезнями, структуру заболеваемости, частоту затяжного течения бронхитов и пневмоний и частоту перехода их в хронические формы, общую заболеваемость с временной утратой трудоспособности, частоту и продолжительность обострений у лиц с хронической активной патологией, количество дней нетрудоспособности у работающих, динамику функциональных показателей (процент больных с положительной динамикой), выздоравливаемость (процент перевода из активной группы в неактивные и процент снятия с учета), процент перевода на инвалидность, летальность. Чтобы все сведения, необходимые для анализа, получить из основной учетной формы № 30, в нее необходимо вносить дополнительные графы.

Большую трудность в работе создает несовершенство классификации пневмоний и хронического бронхита, прежде всего отсутствие четких критериев для разделения стадий болезни. Для качественного диспансерного учета больных очень важно разработать единую клинико-рентгенологическую классификацию воспалительных заболеваний легких, аналогичную классификации туберкулеза, по которой формулировка диагноза давала бы представление о клинической и рентгенологической картине болезни, содержала бы информацию о возможностях консервативного и хирургического лечения, о прогнозе и группе диспансерного учета.

В связи с предстоящей организацией пульмонологической службы вопрос о классификации этих болезней должен снова стать предметом специального обсуждения.

На то, что пришло время организации самостоятельной пульмонологической службы, указывают многие исследователи [6]. Фтизиатрическая служба, имеющая большой опыт диспансерного обслуживания больных и дифференциальной диагностики болезней органов дыхания, обеспеченная и хорошо владеющая рентгенологическими, бронхологическими, бактериологическими и функциональными методами исследования, в настоящее время все больше освобождается от основной работы, хотя процесс этот в разных местностях происходит неравномерно. Во многих городах противотуберкулезные диспансеры уже сейчас могут взять на себя значительную часть работы по обслуживанию больных с неспецифической патологией органов дыхания без ущерба для борьбы с туберкулезом [4]. Вместе с тем ввиду большого количества таких больных эти диспансеры даже при малой нагрузке по фтизиатрии не смогут взять на себя всю работу по пульмонологии, не используя большую армию участковых терапевтов.

Нам представляется, что в городах с малой заболеваемостью населения туберкулезом (а по мере ее снижения число таких городов будет неуклонно возрастать) противотуберкулезные диспансеры должны становиться организационно-методическими пульмонологическими центрами, которые могут проводить квалифицированное обследование больных, осуществлять специальные методы лечения, а главное, брать под диспансерное наблюдение лиц с хронической воспалительной и невоспалительной патологией в органах дыхания (I, II и III группы учета). Поликлиники же и медико-санитарные части могут оказывать помощь диспансерам в проведении мероприятий по активному выявлению больных, под руководством диспансеров осуществлять наблюдение за лицами, перенесшими острую и затянувшуюся пневмонию, а также затянувшийся бронхит (нулевая группа учета) и по рекомендациям диспансера амбулаторно проводить курсы профилактического лечения, чтобы приблизить эту помощь к месту жительства или работы больных.

Для того, чтобы диспансер мог активно привлекать больных к обследованию и лечению, а также изучать распространенность болезней

органов дыхания и обоснованно планировать мероприятия, необходимо, на наш взгляд, внедрить метод обязательных извещений о каждом впервые зарегистрированном больном с неспецифической патологией органов дыхания.

Думается, что настало время провести широкую дискуссию о путях организации диспансерного обслуживания больных с неспецифической патологией органов дыхания. Мы сознаем возможное несовершенство предлагаемой диспансерной группировки и спорность ряда высказанных здесь положений, но надеемся, что они могут послужить основой для обсуждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брусиловский Е. С. Тер. арх., 1973, 3.—2. Закин М. М., Довгань Е. Г. и соавт. Клин. мед., 1976, 12.—3. Коломиец Т. П. В кн.: Опыт применения научных достижений во фтизиатрии. М., 1972.—4. Коптелов В. М. В кн.: Клинико-патофизиологические особенности туберкулеза в современных условиях. М., 1975.—5. Никулин К. Г. Тер. арх., 1973, 3.—6. Сильвестров В. П. Там же, 1974, 5.—7. Смирнов Г. А., Репейков А. В. Там же, 1971, 12.—8. Шерман А. Ш. В кн.: Вопросы организации пульмонологической помощи больным ХНЗЛ в СССР. Л., 1975.

Поступила 1 декабря 1977 г.

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 615.472.2:615.814.1

КОМБИНИРОВАННАЯ ИГЛА ДЛЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Доц. Д. М. Табеева

Кафедра рефлексотерапии (зав. — доц. Д. М. Табеева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Метод рефлексотерапии завоевал довольно широкое признание. Акупунктура эффективна при ряде заболеваний, в основе которых лежит изменение функции органа, связанное с расстройством центральной нервной системы. Велико значение рефлексотерапии и для лечения болевого синдрома и некоторых функциональных нарушений в хирургической клинике, а также при гиперэргических реакциях, когда назначение ряда лекарственных средств нецелесообразно или противопоказано. В связи с изложенным особый интерес представляет не только раскрытие механизма акупунктурного воздействия на организм и создание научно обоснованной теории системы акупунктуры, но и разработка на этой основе адекватных инструментальных аналогов древневосточного метода.

Мы стремились создать удобный в практическом применении малогабаритный инструмент для рефлексотерапии. Общий вид сконструированного нами набора изображен на рис. Набор состоит из отдельных съемных и не сподчиненных по форме инструментов, позволяющих выполнять необходимое количество операций акупунктуры у одного пациента: отыскивание точек, иглоукалывание, точечный массаж и кровопускание.

Основными элементами инструмента являются комплект сменных шаровидных наконечников, молоточек с шаровидным наконечником и большая игла четырехгранной формы.

Комплект сменных иглодержателей — 3 штуки, с 3, 7 и 11 иглами длиной 0,5 см. Применение комплекта иглодержателей позволяет осуществлять процедуру так называемого «цветения» — быстрого поколачивания иглами (пучком игл) определенного участка кожи, визуально проявляющегося гиперемией кожи. Врач совершает иглодержателем движения, подобные движениям «кляющего пыленка». Набор игл меняют в зависимости от медицинских показаний, возраста и состояния больного.

Комплект сменных шаровидных наконечников выполнен из титана. Наконечники диаметром 4 мм и 7 мм используются для легкого точечного массажа, диаметром 1 мм — для интенсивного.

