

стероидных гормонов возможно у женщин в любой возрастной группе, так как вызываемая блокада гонадотропной функции гипофиза бывает кратковременной, не стойкой. При применении инфекундина блокада более глубокая, но не длительная. Все же, учитывая выраженность блокады гонадотропной функции гипофиза, желательно не применять инфекундин в ударных дозировках при ювенильных кровотечениях. Кломид способен индуцировать овуляцию у части больных с ДМК, но не вызывает стойкой нормализации менструального цикла и не предупреждает рецидивов, так как его действие ограничивается временем применения препарата.

ЛИТЕРАТУРА

Casas P. R. F., Arcangeli O. A., Gowland C. M. a. o. Am. J. Obstet. Gynec., 1970, 106, 6.

Поступила 12 июня 1979 г.

ОБЗОРЫ

УДК 616.24—08

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ТРУДЯЩИХСЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ¹

Проф. С. И. Ашбель

Горьковский НИИ гигиены труда и профзаболеваний (директор — канд. мед. наук З. В. Шаронова)

В производственных условиях трудящиеся многих отраслей промышленности подвергаются воздействиям содержащихся в воздухе рабочих помещений различных веществ: неорганической и органической пыли, раздражающих газов, аллергенов, микробов-продуцентов и др. Проникая в организм главным образом через органы дыхания, указанные вещества нередко вызывают такие профессиональные заболевания, как пневмокониозы, бронхиты кониогенной или токсико-химической этиологии, токсические пневмосклерозы, бронхиальную астму, кандидоз дыхательных путей и др., а также оказывают неблагоприятные влияния на течение хронических непрофессиональных неспецифических заболеваний органов дыхания: бронхитов, пневмоний, пневмосклерозов, нагноительных процессов, бронхиальной астмы.

Хотя профессиональные и непрофессиональные хронические неспецифические заболевания органов дыхания вызываются различными этиологическими факторами, в их патогенезе имеется много общего, так как «легкое как определенная физиологическая и анатомическая система реагирует определенными стереотипными реакциями, и данная стереотипность часто стирает грани нозологических форм» [11]. Большое значение в патогенезе перечисленных выше заболеваний имеет наличие в дыхательных путях хронического инфекционно-воспалительного процесса, нарушение бронхиальной проходимости, постепенное развитие легочной, а в последующем — и легочно-сердечной недостаточности, а также расстройства обмена веществ (белкового, витаминного), наиболее выраженные при хронических нагноительных процессах в легких.

Поскольку патогенез хронических заболеваний легких сложен, лечение больных этими заболеваниями должно базироваться на принципе комбинированной, комплексной терапии; вместе с тем его необходимо проводить строго дифференцированно, с учетом типа течения заболевания, характера и распространенности морфологических изменений, степени функциональных нарушений организма и состояния регуляторных механизмов, определяющих как особенности течения заболевания, так и степень его компенсации.

Ведущая роль в организации и проведении мер профилактики заболеваний органов дыхания у работающих на промышленных предприятиях отводится цеховому терапевту. Очень важное значение имеет тщательное проведение им предварительного медицинского обследования всех поступающих на работу, связанную с указанными профессиональными вредностями, с целью исключить контакт с этими вредностями лиц, имеющих заболевания бронхо-легочного аппарата.

Всех работающих в контакте с вредными для органов дыхания веществами необходимо подвергать периодическим медицинским обследованиям, что позволит выяв-

¹ Доложено 4/Х 1978 г. на Всесоюзном симпозиуме «Неспецифические заболевания легких на промышленных предприятиях», Л.

лять начальные формы заболеваний этих органов. В порядке проведения диспансеризации следует брать на учет всех больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Таким образом, под диспансерным наблюдением цехового терапевта должны находиться больные как с профессиональными, так и с непрофессиональными заболеваниями бронхо-легочного аппарата.

Лечение больных хроническими неспецифическими заболеваниями бронхо-легочного аппарата можно условно разделить на 3 этапа: первый — проводимый в условиях промышленного предприятия, второй — поликлиническое лечение и третий — стационарное лечение.

Особое внимание в системе лечебно-профилактических мероприятий, проводимых на первом этапе — на базе здравпункта соответствующего цеха, корпуса или медсанчасти завода, следует уделять повышению сопротивляемости организма к действию вредных для органов дыхания факторов производственной и бытовой среды. Большое значение здесь могут иметь для здоровых рабочих занятия физкультурой с применением закалывающих процедур, а для больных с хроническими заболеваниями легких без выраженных явлений дыхательной недостаточности — специальные комплексы дыхательной гимнастики [12, 14].

С целью удаления из дыхательных путей производственной пыли, что очень важно для профилактики и терапии пылевых заболеваний органов дыхания, применяются в заводских условиях аэрозоль-ингаляции растворов слабых щелочей: двууглекислого натрия или калия, соляно-щелочных минеральных вод, хлористого натрия и др. [16, 18]. Способствуя очищению слизистой верхних дыхательных путей, эти ингаляции улучшают ее функцию и тем самым повышают сопротивляемость организма к пылевым заболеваниям органов дыхания.

Значительно повышают терапевтическую эффективность щелочей ингаляции их в виде отрицательных электроаэрозолей, которые лучше всасываются и увеличивают частоту мерцательных движений реснитчатого эпителия [1, 10]. Эффективность щелочных ингаляций отметили И. Б. Солдатов и соавт. (1976) и при лечении заболеваний верхних дыхательных путей у рабочих химических производств, а Л. А. Анохин (1966) — у рабочих производств синтетического каучука. Е. З. Лиснянский и Р. А. Колесникова (1971) с успехом применяли ингаляции водных растворов и масляной взвеси метилурацила для лечения лиц, имеющих производственный контакт с раздражающими газами и парами, и рабочих нефтехимических производств.

При выявлении в бронхо-легочном аппарате неспецифического инфекционно-воспалительного процесса в стадии ремиссии рационально применять мероприятия, способствующие повышению сопротивляемости организма к действию инфекции и уменьшению выраженности воспалительного процесса. К этим средствам относится метилурацил, который можно применять в заводских условиях для стимуляции иммунобиологических свойств [4]. При инфекционно-воспалительных заболеваниях часто развивается С-витаминная недостаточность и повышается проницаемость капилляров. Для устранения этих явлений можно применять аэрозоль-ингаляции раствора аскорбиновой кислоты и новоканна или галаскорбина. После такого лечения увеличивается содержание витамина С в крови и моче, витамина Р в моче и уменьшается интенсивность воспалительного процесса в дыхательных путях [3, 9].

Одним из важных средств стимуляции защитных сил организма к действию вредных физических и химических факторов, а также микробов является ультрафиолетовая радиация. В условиях загрязнения световых фонарей и воздуха рабочих помещений литейных и некоторых других цехов пылью и газами резко уменьшается поступление в цеха солнечных лучей, что может привести к развитию ультрафиолетовой недостаточности. Поэтому целесообразно проводить рабочим соответствующих цехов курсы профилактических ультрафиолетовых облучений [15].

Как показал наш клинический опыт, при отсутствии выраженных признаков обострения хронического инфекционно-воспалительного заболевания легких нерационально применять сильнодействующие антибактериальные препараты, так как частое их использование нередко приводит к понижению чувствительности к ним патогенной флоры, к аллергии организма, дисбактериозу и эндогенной инфекции.

Для устранения или уменьшения нарушений бронхиальной проходимости у больных бронхиальной астмой и инфекционно-воспалительными заболеваниями легких эффективными являются аэрозоль-ингаляции бронхолитиков (атропина, адреналина, солутана, эуфиллина, астмопента, алулента и др.) и антигистаминных препаратов (диазолина, димедрола, дипразина, пипольфена и др.). Введение этих препаратов или их комбинаций, особенно в виде аэрозолей, способствовало быстрому улучшению самочувствия больных, уменьшению или исчезновению астматических явлений и нормализации функционального состояния аппарата внешнего дыхания. Применение при указанных заболеваниях аэрозоль-ингаляций водорастворимого преднизолона оказывало свойственный этому препарату противовоспалительный и антиаллергический эффект и обычно не приводило к развитию каких-либо осложнений [6].

Указанную аэрозоль-ингаляционную терапию можно проводить и в заводских условиях, за исключением применения антигистаминных препаратов (димедрола, пипольфена), так как они, вызывая ощущение сонливости и слабости, могут обусловить

снижение трудоспособности и притупление внимания, что создает опасность промышленного травматизма.

Организация лечения больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких на промышленных предприятиях на первом этапе требует наличия в составе медицинской службы предприятия соответствующей базы и условий. По нашей инициативе [7] на ряде крупнейших машиностроительных предприятий г. Горького были созданы цеховые физиопрофилактории (прежде всего при литейных и механических цехах), что дало возможность проводить биологическую профилактику профзаболеваний и лечение рабочих, страдающих заболеваниями бронхолегочного аппарата и других органов, вблизи от места их работы, без лишней затраты времени и под наблюдением медицинских работников соответствующего цеха, хорошо знающих характер профессиональных и непрофессиональных заболеваний рабочих, находящихся под их наблюдением. Эти профилактории развернуты на территории бытовых учреждений цехов и корпусов заводов и примыкают к помещению цеховых здравпунктов. В состав цехового профилактория входят: электроаэрозольный кабинет с фотарием для групповой профилактики и терапии, аэрозоль-ингаляторий для индивидуального пользования, водолечебный зал, кабинет лечебного массажа.

Многолетний опыт успешной работы цеховых профилакториев на заводах машиностроительной промышленности дает основание рекомендовать развертывание подобных профилакториев и на предприятиях других отраслей промышленности.

На первом этапе лечения (без прекращения работы) лиц, страдающих неспецифическими хроническими заболеваниями легких, большую роль могут играть санатории-профилактории промышленных предприятий. В эти учреждения рационально направлять группы больных с начальными или компенсированными формами указанных заболеваний. Здесь они могут во внерабочее время получать по определенному плану лечение всеми перечисленными выше методами. На фоне санаторного режима, пребывания на чистом воздухе, рациональной диетотерапии, эстетотерапии эффективность лечения значительно повышается.

Больных с острыми заболеваниями органов дыхания (гриппом, ОРЗ и др.) и обострениями хронических неспецифических заболеваний бронхо-легочного аппарата следует лечить в поликлиниках с выдачей листка нетрудоспособности. При указанных обострениях в систему лечения необходимо включать, кроме мероприятий, используемых на первом этапе лечения, и антибактериальные препараты. Больным, в прошлом многократно принимавшим антибиотики, при наличии у них гиперчувствительности к этим препаратам, а также дисбактериоза, кандидоза и других микозов, особо показано применение депосульфаниламидных препаратов — сульфопиридазина, сульфодиметоксина (мадрибона), сульфоометоксина и сульфалена.

Для лечения больных с кандидозом дыхательных путей эффективны аэрозоль-ингаляции натриевых солей нистатина, леворина или амфоглюкамина [5].

Лечение больных с острой пневмонией, с резко выраженными обострениями хронических неспецифических заболеваний бронхолегочного аппарата (гнойной бронхит, бронхоэктатической болезни, хронической пневмонии, инфекционно-аллергической или атопической формы бронхиальной астмы) и с выраженной легочной и легочно-сердечной недостаточностью необходимо проводить в стационаре с применением общепринятых терапевтических средств.

При непереносимости сульфаниламидов и антибиотиков можно с успехом применять хиноксидин (перорально) или диоксидин (внутривенно либо аэрозоль-ингаляционным путем) [5, 8].

Следует отметить, что терапия хронических неспецифических заболеваний легких в поликлинических и стационарных учреждениях может быть существенно дополнена санаторно-курортным лечением в пульмонологическом санатории или в специализированных санаториях для больных с профессиональными заболеваниями — пневмокониозами или токсико-химическими поражениями органов дыхания.

Из изложенного видно, что в настоящее время имеется большой комплекс эффективных терапевтических средств, умелое и своевременное применение которых может значительно улучшить состояние здоровья больных с хронической патологией легких, препятствовать прогрессированию этой патологии и способствовать сохранению трудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андриевская Э. М., Дрябкин С. О., Осетрова В. И. В кн.: Материалы Всесоюз. научн.-техн. конф. по применению аэрозолей в народном хозяйстве. М., 1967. — 2. Анохин Л. А. В кн.: Материалы конф. молодых ученых Воронежск. мед. ин-та. Воронеж, 1966. — 3. Ашбель С. И., Арзеева Е. Я. Врач. дело, 1965, 5. — 4. Ашбель С. И., Богословская И. А. и др. В кн.: Материалы конференции «Пиримидиновые и пуриновые производные при заболеваниях органов дыхания и некоторые общие вопросы терапевтического действия этих препаратов». Горький, 1969. — 5. Ашбель С. И., Богословская И. А. и др. Сов. мед., 1973, 3. — 6. Ашбель С. И., Дорофеева Е. Д. Казанский мед. ж., 1973, 4. — 7. Ашбель С. И., Коробова Г. В. Гиг. труда, 1971, 1. — 8. Ашбель С. И., Куприянова Т. С. Новые лекарственные препараты

(экспресс-информация). 1977, 12.—9. Ашбель С. И., Хиль Р. Г., Юрьева М. А. Врач. дело, 1969, 3.—10. Ашбель С. И., Хиль Р. Г., Якуб И. Л. Гиг. труда, 1968, 9.—11. Есипова И. К. Вопросы патологии хронических неспецифических воспалений легких. М., Медгиз, 1956.—12. Лепорский А. А. Лечебная физкультура при заболеваниях органов дыхания. М., Медгиз, 1955.—13. Лиснянский Е. З., Колесникова Р. А. В кн.: Диспансеризация и снижение ЛОР-заболеваемости рабочих промышленных предприятий. М., 1971.—14. Мошков В. И. Лечебная физкультура в клинике внутренних болезней. М., Медгиз, 1961.—15. Парфенов А. П. Световое голодание человека. Л., 1963.—16. Родин В. И. Аэрозоли лекарственных веществ, их профилактическое и лечебное применение в шахтных ингаляториях. Л., Медицина, 1965.—17. Солдатов И. Б., Данилин В. А., Митин Ю. В. Профессиональная патология верхних дыхательных путей в химической промышленности. М., Медицина, 1976.—18. Эйдельштейн С. И. В кн.: Неспецифические заболевания легких на промышленных предприятиях. Л., 1978.

Поступила 15 мая 1979 г.

УДК 613.2:371.71

ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

А. Б. Тазетдинова

Кафедра общей гигиены (зав.—доц. А. Т. Гончаров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Умственная и физическая работоспособность тесно связана с состоянием здоровья, зависящего, в свою очередь, от многих факторов, в частности от питания. Нерациональное питание ведет прежде всего к различным желудочно-кишечным заболеваниям. У студентов вузов заболевания желудочно-кишечного тракта составляют, по данным разных авторов, от 0,8 до 12% общей их заболеваемости. Отмечается рост заболеваемости от первого к шестому курсу, увеличение на старших курсах доли таких хронических заболеваний органов пищеварения, как хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Студенты в большинстве своем питаются нерационально. Нередко они нарушают режим питания: пищу принимают не в одни и те же часы, промежутки между приемами пищи большие; некоторые студенты питаются не более двух раз в сутки. Между тем известно, что из суммы влияний ряда изученных факторов на состояние здоровья студентов (режим сна и питания, условия жизни, занятия физкультурой и спортом, материальный достаток и др.) доля влияния режима питания составляет 10—16% [2]. Влияние режима питания на здоровье отмечают и другие авторы [29,30]. Установлена закономерность между нерегулярным питанием и заболеваниями органов пищеварения [15]. Как показало обследование, в одни и те же часы питаются лишь 23,4% студентов Пермского медицинского института [24]; $\frac{1}{3}$ студентов санитарно-гигиенического факультета 1 ММИ [28]; 24—31,1% студентов г. Уфы [22], 46% студентов г. Киева [21].

Наиболее неблагоприятно обстоит дело с завтраком. Так, перед занятиями не завтракают 20—35% студентов-медиков г. Барнаула [14], 29,7—39,7% студентов г. Вильнюса [13], 46% первокурсников и 7% шестикурсников-медиков г. Риги.

Выявлена прямая связь между характером питания и уровнем здоровья студентов. Так, среди лиц, питающихся нерегулярно и принимающих горячую пищу не чаще одного раза в сутки, 46,7% здоровых, а среди лиц, питающихся регулярно и принимающих горячую пищу 3—4 раза в день, 62% здоровых [11]. У студентов, живущих в домашних условиях, питание организовано более благоприятно, чем у студентов, проживающих в общежитиях и на частных квартирах [4, 8а].

Энерготраты студентов в вузах нашей страны примерно одинаковы: у лиц мужского пола — в пределах 12,2—14,8 МДж, у лиц женского пола — от 10,5 до 12,5 МДж [6, 8б, 27]. На старших курсах энерготраты снижаются, что связано с уменьшением двигательной активности студентов из-за перегрузки их учебными занятиями и прекращением регулярных занятий физкультурой.

Энергоемкость суточных рационов студентов не всегда соответствует их энерготратам. У ростовских студентов в 33% энергоемкость рационов ниже физиологической потребности, в 15% — выше нормы, в 52% соответствует физиологическим нормам [27]. Ниже физиологических норм оказалась энергоемкость суточных рационов студентов г. Смоленска; 9,6—11,9 МДж [10], а также у студентов Киевского медицинского института — $11,6 \pm 0,6$ МДж [1]. У основной части студентов и студенток Казанского медицинского института энергоемкость суточных рационов составляет в среднем соответственно 13,8 и 12,1 МДж [9], у студентов Кемеровского медицинского института — $11,2 \pm 0,5$ МДж [3]. Студенты г. Вильнюса затрачивают больше энергии, чем получают при усвоении пищи, на 0,5 МДж, а студентки — на 0,1 МДж [13]. Отмечаются нару-