

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОКОНИОЗА, ВЫЗВАННОГО ПЫЛЬЮ ИЗВЕСТКОВО-ДОЛОМИТОВЫХ ПОРОД

В. А. Данилин, В. В. Косарев, А. В. Данилин

Кафедра профессиональных заболеваний (зав.— проф. В. А. Данилин) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Реферат. При обследовании 536 рабочих, длительно подвергавшихся в производственных условиях действию известково-доломитовой пыли, у 40 человек диагностирована интерстициальная форма пневмокониоза, клиническая картина которого характеризовалась одышкой, кашлем, болями в грудной клетке. Шестилетнее динамическое клинико-рентгенологическое наблюдение показало доброкачественность течения заболевания.

Ключевые слова: пневмокониоз, известково-доломитовая пыль, легкие, интерстициальные изменения.

Библиография: 6 названий.

Благодаря неуклонно проводимым мероприятиям по улучшению условий труда и использованию современных достижений науки и техники (внедрение комплексной механизации и автоматизации отдельных производственных операций) распространность и характер пневмокониозов изменились [3]. В некоторых областях промышленности уменьшился или практически исчез силикоз. В структуре пневмокониозов стал возрастать удельный вес заболеваний, вызванных пылью с небольшим содержанием свободной или связанный двуокиси кремния или не содержащей таковую [8].

В Среднем Поволжье, исключительно богатом минеральными строительными материалами, чаще встречаются пневмокониозы, вызванные пылью известково-карбонатных пород.

С 1975 года нами было начато обследование рабочих, которые в процессе своей трудовой деятельности имели контакт с известково-доломитовой пылью [3]. Выделяющаяся в процессе разработки пыль имеет следующий химический состав: известняки (CaCO_3) — от 47 до 95%, доломиты ($\text{MgCO}_3 \cdot \text{CaCO}_3$) — от 3 до 42%, второстепенные компоненты (Fe_2O_3) — до 1%, (Al_2O_3) — до 2%, свободная двуокись кремния (SiO_2) — 1,5%. Опубликованы единичные работы [1, 4, 5], описывающие фиброгенное действие пылей (магнезита, кальцита, малокремнистого известняка), близких по физическим свойствам и химическому составу к указанной.

При осмотре ЛОР-органов у 113 (23,1%) из 490 рабочих выявлены дистрофические изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей, имеющие как гипертрофический, так и суб- и атрофический характер. Снижение обонятельной функции обнаружено у 271 (55,3%) обследованного, из них гипосмия I степени — у 149 (55%), II — у 104 (38,4%), полная аносмия — у 18 (6,6%). Значительное поражение верхних дыхательных путей, вероятно, снижает сопротивляемость организма, что способствует изменению других органов и систем, в первую очередь легких.

При терапевтическом осмотре 536 работающих у 248 (46,3%) были обнаружены отклонения в состоянии внутренних органов; из них у 83 человек было заподозрено профессиональное заболевание легких. После их обследования в клинике пневмокониоз диагностирован у 40, а хронический пылевой бронхит — у 34 рабочих. 23 больных пневмокониозом были по специальности дробильщиками, грохотовщиками, электриками, газоэлектросварщиками и слесарями на дробильно-сортировочных заводах, а 17 (исключительно мужчины) работали в карьере шоферами, бульдозеристами и экскаваторщиками. Концентрация известково-доломитовой пыли, как правило, превышала ПДК в 1,7 — 7 раз. Все больные трудоспособного возраста — от 40 до 56 лет. У 21 стаж работы в пылевых условиях составлял 20 и более лет, у 17 — от 10 до 20 лет и только у 2 — до 10 лет. 23 мужчины курили. У 15 больных в анамнезе была острые пневмонии, у половины из них — в период работы на СКУ.

Как показало 6-летнее динамическое наблюдение за больными и их тщательное обследование (рентгенография, бронхография, рентгенолангенметрия, пневмотахография, реография легких, нагрузочные пробы), клиническая картина заболевания складывалась из следующей триады жалоб — одышки, кашля и боли в грудной клетке. Самой первой (у 24) и самой частой (у 39) была жалоба на одышку, которая воз-

никала в среднем через 14 лет от начала работы в пылевых условиях и наблюдалась (у 32) при умеренной физической нагрузке.

Второй по частоте (у 35) и времени возникновения (в среднем через 15 лет) была жалоба на кашель. У 17 больных он появлялся периодически, у 7 носил постоянный характер, у 14 сопровождался выделением небольшого количества слизистой мокроты, которая лишь у 3 больных была слизисто-гнойной. У 15 рабочих кашель был сухим.

На боли в грудной клетке жаловались 30 обследованных. Возникшая в среднем через 15 лет от начала работы, часто одновременно с кашлем, боли локализовались у 28 больных между лопатками и под ними. У 8 они были постоянными, у 7 — связанными с актом дыхания. 13 больных отмечали у себя периодические головные боли и боли в области сердца, 6 — бессонницу и раздражительность, 12 — общую слабость и утомляемость, 7 — потливость.

Объективные данные были довольно скучными. Признаки базальной эмфиземы легких (коробочный оттенок перкуторного звука в нижнебоковых отделах, а при аусcultации — ослабленное дыхание) наблюдались у 21 больного. Притупление легочного звука и опущение нижних границ легких констатированы только у одного человека. Жесткое дыхание определялось у 16, а единичные сухие хрипы — у 14 больных (как правило, они выявлялись между лопатками и под ними, часто были непостоянными). У 3 больных выслушивались влажные хрипы и шум трения плевры. Смещение границ сердца влево обнаружено у такого же числа обследованных. Приглушение тонов сердца, связанное с эмфиземой легких и ожирением, отмечено у 6 человек. У 4 больных тоны были глухими, что объяснялось сопутствующим атеросклеротическим и постинфарктным кардиосклерозом, у 6 обследованных выслушивался систолический шум на верхушке. Акцент II тона над аортой зафиксирован у 8 больных и связан с повышением АД, акцент II тона над легочной артерией наблюдался лишь у одного больного. Дыхательная недостаточность I степени выявлена у 21, II — у 3, III степени — у одного больного; при этом рестриктивный тип отмечен у 7 обследованных, смешанный тип — также у 7, обструктивный — у 11. Последний встречался только у мужчин, что, вероятно, связано с сопутствующим хроническим бронхитом курильщика.

Из других клинических особенностей следует назвать хроническую эмфизему легких I стадии, которая наблюдалась у 4, II стадии — у одного больного. Сердечная недостаточность I и II стадии констатирована у 3 обследованных. Диагноз легочного сердца поставлен 3 больным.

При проведении инструментальных методов обследования сердца (ЭКГ, ПКГ и МКГ) увеличение правого желудочка зарегистрировано у 8, левого желудочка — у 7 человек. Проба с физической нагрузкой (20 приседаний) и функциональные пробы Штанге и Сообразе выявили пониженные показатели у половины больных. Заболевания ЛОР-органов отмечены у 22 человек (хронические фарингиты, назофарингиты, фаринголарингиты, тонзиллиты).

Состав крови (общий анализ содержания холестерина, липопротеидов, фибриногена, общего белка и белковых фракций) и мочи, как правило, был в пределах нормы.

При рентгенологическом исследовании у всех больных отмечен интерстициальный характер изменений различной степени выраженности. Так, нерезко выраженные линейные и сетчатые изменения (1st) наблюдались у 17, умеренно выраженные (2nd) — у 16 больных. У остальных 7 обследованных, наиболее стажированных рабочих, проработавших в пылевых условиях от 21 до 24 лет экскаваторщиками, транспортировщиками, электросварщиками, констатированы умеренно тяжистые изменения (2nd). Как правило, интерстициальные изменения были двусторонними и у большинства больных (20) располагались в средних и нижних легочных полях, у 8 — преимущественно в нижних и у одного носили диффузный характер. У 11 человек деформация легочного рисунка наблюдалась в основном в прикорневых отделах. Кроме интерстициальных изменений, у 3 больных при обычной рентгенографии определялись узелковые образования величиной до 3 мм в диаметре, которые после проведения рентгенологической пробы Вальсальва исчезли, что свидетельствовало об их сосудистом происхождении. У 50% обследованных отмечались бесструктурность и малоструктурность корней легких, у 11 — уплотнение корней, у 7 — их расширение. Плевролирафмальные шварты, чаще справа, наблюдались у 7 человек (у 3 — как следствие перенесенных острых пневмоний).

Ни у одного из больных первая стадия заболевания не перешла во вторую, хотя в пределах первой рентгенологической стадии зафиксировано нарастание рентгенологических изменений: у 2 нерезко выраженные линейные и сетчатые изменения

(1S) перешли в умеренно выраженные (2S), у 3 умеренно выраженные линейные и сетчатые изменения (2S) сменились умеренно выраженными тяжистыми (2t). В течение шестилетнего наблюдения после первого обследования у 2 больных появились начальные явления дыхательной недостаточности, у 3 — I степени, у одного дыхательная недостаточность I степени перешла во II.

Таким образом, достаточно длительное клиническое наблюдение за больными пневмокониозом, вызванным известково-доломитовой пылью, показывает, что описанный вид пылевой патологии является доброкачественным и медленно прогрессирующим. Это дает нам право считать, что больные известково-доломитовым пневмокониозом I стадии, протекающим без явлений дыхательной недостаточности, могут работать по своей прежней специальности при обязательном условии регулярного амбулаторного наблюдения и проведения технических (обеспыливание) и медицинских профилактических мероприятий. Прогрессирование заболевания (нарастание рентгенологических изменений, появление дыхательной или сердечной недостаточности или других осложнений) является показанием к своевременному трудоустройству больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангелова О. С. Профессиональная пылевая патология у рабочих, занятых на добыче, переработке, обжиге малокремнистого известняка. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1970.—2. Величковский Б. Т. Фиброгенные пыли. Особенности строения и механизма биологического действия. Горький, 1980.—3. Данилин В. А., Карханин Н. П., Косарев В. В., Шурутина В. Н. В кн.: Легочное сердце и атеросклероз. Куйбышев, 1977.—4. Домнин С. Г. Пылевой фактор при добыче и переработке малокремнистого известняка и производство пыли. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1969.—5. Зеленева Н. И. Пневмокониоз в производстве важнейших огнеупорных материалов. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1968.—6. Карапата А. П., Шевченко А. М. Профессиональные пылевые болезни легких. Киев, Здоров'я, 1980.

Поступила 27 июля 1982 г.

УДК 616.233—002.2—06:616.24—002.1:612.017.1

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Л. А. Лещинский, Г. М. Синицына, Е. Н. Павловская

Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института, Кировский научно-исследовательский институт гематологии и перевивания крови (директор — проф. В. А. Журавлев)

Реферат. У больных острой стафилококковой пневмонией, протекавшей на фоне хронического обструктивного бронхита, выявлены выраженные изменения иммунологической реактивности организма, проявляющиеся снижением способности Т-лимфоцитов к бласттрансформации, угнетением и дерегуляцией взаимодействия Т- и В-систем иммунитета, снижением неспецифических факторов защиты. Установлена эффективность применения иммунных препаратов направленного действия и ретаболиза в комплексном лечении больных. Кроме того, их использование уменьшает возможности возникновения вялотекущей затяжной пневмонии.

Ключевые слова: хронический обструктивный бронхит, острая стафилококковая пневмония, иммунологический статус, иммунные препараты, ретаболиз.

Библиография: 10 названий.

В развитии острой стафилококковой пневмонии, протекавшей на фоне хронического бронхита, большое значение имеет состояние иммунологической реактивности больных. Изучение особенностей иммунологической реактивности у этого контингента больных, ее изменений в процессе лечения является весьма ценным для определения характера течения воспалительного процесса, эффективности проводимой терапии и прогноза заболевания.

Целью настоящей работы явилось изучение гуморального и клеточного иммунитета, неспецифической резистентности организма, а также специфического иммунитета,