

регуляции, может быть связан с возникновением поясничных болей. Однако подобная взаимосвязь наблюдается только при определенном генотипе гена *PARK2*, кодирующего белок паркин. Кортизол, как и паркин, принимает участие в регуляции убиквитин-протеосомного механизма деградации аномальных белков в клетке. Возможно, недостаточность белка паркина приводит к более низкому уровню выработки кортизола; при этом реализуется иной, не связанный со стрессом, патогенетический механизм.

УДК 613.6:616-057

ФТОРИСТАЯ НАГРУЗКА КАК МАРКЕР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ФЛЮОРОЗА

Федорук А.А., Рослый О.Ф.

ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий» Роспотребнадзора, ул. Попова, 30, Екатеринбург, Россия, 620014

FLUORIDE LOAD AS A MARKER OF DEVELOPMENT OF OCCUPATIONAL FLUOROSIS. **Fedoruk A.A., Rosly O.F.** Ekaterinberg Medical Research Center for Profilaxis and health protection of Industrial Wokers, 30, Popov str., Ekaterinburg, Russia, 620014

Ключевые слова: *фтор, флюороз.*

Key words: *fluoride, fluorosis.*

Цель исследования — оценка по прогнозной модели риска развития профессиональной хронической фтористой интоксикации (ПХФИ) на основе расчета индивидуальной профессиональной фтористой нагрузки (ИПФН) и сопоставление прогнозных данных с клиническими. Нами для 600 электролизников, обслуживающих электролизеры алюминия, рассчитаны ИПФН. Проведен мониторинг и ранжирование по состоянию здоровья 1086 электролизников, в основу ранжирования положены данные о патогенезе и синдромокомплексе флюороза и стаж. В сопоставлении с ИПФН, проведен анализ данных состояния здоровья электролизников с подозрением на ПХФИ. Согласно прогнозной модели, развитие ПХФИ можно ожидать при фтористой нагрузке в диапазоне 29–79 грамм с вероятностью 95%. При существующих уровнях загрязнения воздуха рабочей зоны изучаемого производства (среднесменные концентрации гидрофторида и фторсолей превышали ПДК в 14,3–21,4 и 6,2–10,2 раз соответственно), выявление первых случаев ПХФИ возможно при стаже работ 6,6 лет. Наиболее уязвимая группа — рабочие со стажем 11,4 года и более и ИПФН 70,5 г. Согласно результатов ПМО, признаки поражения ОДА регистрировались при среднем стаже 10,5 лет и ИПФН 67,7 г, с увеличением ИПФН выявлялось поражение других органов и систем. Наиболее уязвимы рабочие — с ИПФН превышающей 67,7 г и средним стажем — 13,7 лет и более. У всех работающих с подозрением на ПХФИ, ИПФН была более 29г. Первые симптомы ПХФИ зафиксированы при стаже работы 5,6 лет и фтористой нагрузке 29,9 г. Стаж работы при первичной диагностике ПХФИ составлял 13–24 года, ИПФН –60,8–187,7 г, при этом выявлялся флюороз 2 стадии с остеоартрозом крупных суставов, что говорит о позднем поступлении рабочих в клинику, с уже сформированной профессиональной патологией. Таким образом, прогноз развития ПХФИ, на основе расчета ИПФН, согласуется с клиническими проявлениями токсического действия фтора, ИПФН можно использовать как маркер развития ПХФИ.

УДК 616-057:616.366-003.7

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Федотов В.Д., Умнягина И.А., Макаров И.А.

ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт гигиены и профпатологии» Роспотребнадзора, ул. Семашко, 20, Нижний Новгород, Россия, 603950

PREVALENCE CHOLELITHIASIS AMONG PATIENTS WITH OCCUPATIONAL DISORDERS. **Fedotov V.D., Umnyagina I.A., Makarov I.A.** FBFSI «Nizhny Novgorod research institute for hygiene and occupational pathology», Rospotrebnadzor, 20, Semashko str., Nizhny Novgorod, Russia, 603950

Ключевые слова: *профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких, вибрационная болезнь, желчнокаменная болезнь.*

Key words: *occupational chronic obstructive pulmonary disease, vibration disease, cholelithiasis.*

Цель исследования — уточнить распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) у пациентов с профессиональной хронической обструктивной болезнью легких (ПХОБЛ) и вибрационной болезнью (ВБ). **Материалы и методы.** Всего было обследовано 1331 человек, возраст 55–65 лет. Пациенты были разделены на 3 группы. Группа №1 включала в себя 410 лиц, из которых 195 женщин, и 215 мужчин с ПХОБЛ разной степени тяжести. Группа №2 состояла из 327 человек с ВБ в сочетании с патологией опорно-двигательного аппарата (164 женщины и 163 мужчины). Группа №3 состояла из 594 пациентов с ВБ (202 женщины и 392 мужчины). Все обследованные группы были сопоставимы по возрасту. Больным проведено стандартное клиническое и лабораторное обследование. Наличие ЖКБ выявлялось при ультразвуковом исследовании. **Результаты.** В группе №1 ЖКБ была диагностирована у 77 человек (19%) (у 46 женщин — 23,6% и 31 мужчины — 14,4%). В группе №2 ЖКБ была выявлена у 32 человек (9,8%) (у 24 женщин — 14,6% и у 8 мужчин — 4,9%). В группе №3 ЖКБ была выявлена у 11 человек (1,85%) (у 9 женщин — 4,5% и у 2 мужчин — 0,5%). При сравнении трех групп между собой по распространенности ЖКБ была