

УДК 616-001.34-073.7

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ**Лахман О.А.^{1,2}, Русанова Д.В.¹**¹ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», 12а мкрн, 3, Ангарск, Россия, 665827;²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного медицинского образования» Минздрава России, мкрн Юбилейный, 100, Иркутск, Россия, 664079NEUROPHYSIOLOGICAL CRITERIA FOR DIAGNOSTICS OF VIBRATION DISEASE. **Lakhman O.A.^{1,2}, Rusanova D.V.¹** ¹East-Siberian Institute of Medical and Ecological Research, 3, 12a microdistrict, Angarsk, Russia, 665827; ²«Irkutsk State Medical Academy of postgraduate education» — branch of «Russian Medical Academy of continuous medical education», 100, Jubileyny microdistrict, Irkutsk, Russia, 664079**Ключевые слова:** вибрационная болезнь; диагностика; электронейромиография; вызванные потенциалы**Key words:** vibration disease; diagnosis; electroneuromyography; evoked potentials

Среди профессиональных заболеваний вибрационная болезнь (ВБ) занимает одно из ведущих мест (2–3 место в структуре профзаболеваемости). В современных условиях ВБ, связанная с воздействием локальной вибрации, протекает в виде двух основных клинических синдромов: периферического ангиодистонического синдрома верхних конечностей, в том числе с ангиоспазмами пальцев рук, и полиневропатии (ПНП) верхних конечностей. Прогрессирование заболевания происходит, как правило, за счет усугубления проявлений ПНП. **Цель** — разработка нейрофизиологических критериев диагностики вибрационной болезни, связанной с воздействием локальной вибрации. В клинических условиях было обследовано 80 пациентов мужского пола. В 1-ю группу вошли 25 человек с установленным диагнозом ВБ I степени, средний возраст — $45,3 \pm 0,8$ лет, во 2-ю группу — 25 пациентов с установленной ВБ II степени, средний возраст — $45,2 \pm 0,5$ лет. В 3-й (контрольной) группе были 30 человек, не подвергавшихся воздействию вредных физических факторов. Электронейромиография (ЭНМГ) и регистрация соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) проводились с помощью электронейромиографа «Нейро-ЭМГ-Микро» фирмы «Нейрософт», г. Иваново. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. При проведении ЭНМГ выявлено снижение скорости проведения импульса (СПИ) по чувствительным волокнам нервов верхних конечностей (ниже 50 м/с до $42,5$ м/с при ВБ II степени по дистальному отделу нервного ствола) при преимущественно нормальных показателях СПИ по моторным волокнам тех же нервов; увеличение резидуальной латентности (РЛ; от 2,5 мс до 5,5 мс при ВБ II степени) и проксимально-дистального коэффициента (от 1,22 до 1,35 при ВБ II ст.); при исследовании большеберцового нерва регистрировалось снижение СПИ до субпороговых значений (до 40,4 м/с) и увеличение РЛ (от 2,1 мс до 5,2 мс при ВБ II ст.). При регистрации ССВП выявлено нарушение проведения импульса на периферическом уровне (увеличение латентности N9 от 10,4 мс при ВБ I ст. до 11,5 мс при ВБ II ст.), увеличение времени проведения импульса на уровне шейного отдела позвоночника — увеличение латентного периода компонента N13, (от 14,0 мс при ВБ I ст. до 15,4 мс при ВБ II ст.); замедление проведения импульса в сегменте плечевое сплетение — спинной мозг (увеличение интервала N9-N13) от 3,8 мс при ВБ I ст. до 4,7 мс при ВБ II ст.; нарушение проведения по шейному отделу спинного мозга (интервал N11-N13 — от 1,8 мс при ВБ I ст. до 1,95 мс при ВБ II ст.); увеличение времени центрального проведения (проведение импульса от нижних отделов ствола до коры головного мозга — межпиковый интервал N13-N20) от 5,7 мс при ВБ I ст. до 7,1 мс при ВБ II степени.

УДК 616.24-002:613.62

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУРФАКТАНТНЫХ БЕЛКОВ SP-A И SP-D В ДИАГНОСТИКЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ У РАБОТАЮЩИХ В ОПТИМАЛЬНЫХ И ДОПУСТИМЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА**Лебедева М.В.¹, Бекетов В.Д.², Стрижаков Л.А.¹**¹ФГАОУ ВО «Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России,ул. Трубецкая, 8/2, Москва, Россия, 119991; ²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.

Ломоносова», ул. Ленинские горы, 1, Москва, Россия, 119991

CLINICAL SIGNIFICANCE OF SURFACTANT PROTEINS SP-A AND SP-D DETECTION IN DIAGNOSIS OF INTERSTITIAL LUNG DISEASES IN WORKERS EXPOSED TO OPTIMAL AND TOLERABLE WORKING CONDITIONS. **Lebedeva M.V.¹, Beketov V.D.², Strizhakov L.A.¹** ¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8 (2), Trubetskaya str., Moscow, Russia, 119991; ²Lomonosov Moscow State University, Leninskie Gory str., Moscow, Russia, 119991**Ключевые слова:** интерстициальные болезни легких; сурфактантные протеины A и D**Key words:** interstitial lung diseases; surfactant proteins A and D

Цель — определить клиническое значение серологических биомаркеров SP-A и SP-D в оценке активности идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) и саркоидоза легких. **Материалы и методы.** Обследован 81 пациент (28 мужчин, 52 женщины) с ИЛФ (40 с ИЛФ, 41 с саркоидозом), средний возраст $41,1 \pm 2,2$ года, выбранный из 1150 работающих лиц в оптимальных и допустимых условиях труда. Контроль — 20 здоровых лиц. Критерии включения: возраст 18–60 лет, статус некурящего. Клиническое обследование, пульсоксиметрия, диффузионная способность легких (ДСЛ), мультиспиральная компьютерная томография ор-

ганов грудной клетки, морфологическое исследование биоптатов легких. Определяли показатели сывороточных сурфактантных белков А (SPA), D (SPD) методом иммуноферментного твердофазного анализа (ELISA). Статистический анализ: программа StatisticaAdvanced (SPSS Statistic версии 21.0). **Результаты и их обсуждение.** Среди 1150 обследованных лиц частота ИБА составила 7,9%; С 5,1%, ИЛФ 2,7%. У всех пациентов с ИБА и рентгенологическими признаками (РП) активности альвеолита («матовое стекло») отмечали достоверное повышение SP-A по сравнению с контролем ($215,7 \pm 72,8$ нг/мл против $49,2 \pm 23,5$ нг/мл, $p < 0,0001$). Увеличение SP-A было достоверно больше в группе ИЛФ $232,3 \pm 68,7$ по сравнению с группой саркоидоза — $199,0 \pm 76,8$ нг/мл ($p < 0,05$). У всех пациентов с ИБА и РП легочного фиброза (ЛФ), площадью 25–55%, отмечали достоверное повышение SP-D по сравнению с контролем ($198,9 \pm 62,8$ нг/мл против $70,7 \pm 27,2$ нг/мл, $p < 0,0001$). Степень повышения SP-D в группах ИЛФ и саркоидоза не имела статистической разницы ($203,9 \pm 71,7$ нг/мл против $193,9 \pm 53,8$ нг/мл ($p > 0,05$)). Максимальные показатели SP-D отмечены при феномене «сотового легкого» только при ИЛФ ($r = 0,9$; $p < 0,05$). Корреляционный анализ показал прямые связи между повышением SP-A, SP-D и ДН, снижением сатурации кислорода у больных ИЛФ на стадиях активного альвеолита ($r = 0,7$, $p < 0,05$), выраженного ЛФ ($r = 0,9$, $p < 0,05$). Отмечена связь между повышением SP-D и снижением ДСА ($r = 0,8$, $p < 0,05$). **Выводы:** 1. Частота диагностики ИБА у лиц, работающих в оптимальных и допустимых условиях труда, составляет 7,9% с преобладанием саркоидоза (5,1%) по сравнению с ИЛФ (2,7%). 2. Сывороточные показатели сурфактантных протеинов SP-A и SP-D отражают последовательные стадии течения ИБА: альвеолита с наличием феномена «матового стекла» (SP-A, $r = 0,8$, $p < 0,05$) и ЛФ, занимающего минимум 25% легочной ткани (SP-D, $r = 0,9$, $p < 0,05$).

УДК 613.6.027

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ РАБОТНИКОВ (НА ПРИМЕРЕ НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ)

Лебедева-Несевря Н.А.¹, Дуленцова М.А.²

¹ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», ул. Монастырская, 82, Пермь, Россия, 614045; ²ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», ул. Букирева, 15, Пермь, Россия, 614990

SELF-EVALUATION OF HEALTH STATUS IN DIFFERENT GROUPS OF WORKERS (EXEMPLIFIED BY OIL ENTERPRISE).

Lebedeva-Nesevrya N.A.¹, Dulentsova M.L.² ¹Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies, 82, Monastyrskaya str., Perm, Russia, 614045; ²Perm State National Research University, 15, Bukireva str., Perm, Russia, 614990

Ключевые слова: самооценка здоровья; работники промышленного предприятия; опрос**Key words:** self-evaluation of health; industrial workers; poll

Введение. Удельный вес работников, занятых во вредных и/или опасных условиях труда в России на конец 2016 г., по данным Росстата, составил 38,5% от общей численности работников. Производственные факторы вносят значимый вклад в формирование здоровья данной социально-профессиональной группы. Осознание влияния данных факторов работниками, понимание особенностей состояния своего здоровья должно приводить к заниженным самооценкам здоровья производственным персоналом предприятия. Проверка данной гипотезы составляла цель исследования. **Материалы исследования и результаты.** Специалистами ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» в 2015–2016 гг. было проведено социологическое исследование на нефтедобывающем предприятии Пермского края (метод — раздаточное анкетирование на рабочем месте, $n = 561$). Было отобрано две группы — производственный персонал, занятый во вредных условиях труда ($n = 416$), и непроизводственный персонал (работники аппарата управления) ($n = 145$). Группы выравнились по полу и возрасту. Самооценка здоровья исследовалась на основе ответа на вопрос: «Как бы вы оценили состояние своего здоровья?» (порядковая шкала от 4 «здоровье очень хорошее» до 1 «здоровье очень плохое»). По результатам анализа данных было установлено, что производственный персонал в целом оценивает свое здоровье также как непроизводственный — в первой группе свое здоровье назвали «очень хорошим» 12% опрошенных, «хорошим» — 77,1%, а во второй группе данные варианты ответы выбрали 8,9% и 76,5% работников соответственно. «Скорее плохим» свое здоровье считают 7,7% работников, занятых во вредных условиях труда, и 8,3% административного персонала. Вариант ответа «очень плохое здоровье» выбрали 0,7% производственного и 1,4% непроизводственного персонала; сопоставимы и доли затруднившихся охарактеризовать свое здоровье (2,4% и 4,2%). На основании применения критерия хи-квадрат сделан вывод об отсутствии достоверных различий в самооценке здоровья в группах работников. В целом по выборке наблюдается тяготение к положительным характеристикам здоровья (суммарно варианты ответа «очень хорошее» и «скорее хорошее» здоровье выбрали 91% респондентов, а варианты «скорее плохое» и «очень плохое» — 9%). **Заключение.** Отсутствие достоверных различий в самооценке здоровья производственного и непроизводственного персонала предприятия актуализирует вопрос о факторах, формирующих самооценку здоровья.

УДК 616.31–083

КОУЧИНГ КАК МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Леонтьева Е.Ю., Быковская Т.Ю., Киреев В.В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, пер. Нахичеванский, 29, Ростов-на-Дону, Россия, 344022