

из предприятий трубной отрасли, специализирующегося на производстве стальных горячекатаных труб. В цехе реализована технология трубопрокатного производства от подготовки заготовки до отгрузки готовой трубной продукции. Исследования ИПР проведены среди 357 работников 7 основных профессий трубопрокатного цеха. Группа исследуемых была представлена вальцовщиками стана горячего проката труб, стропальщиками, сортировщиками-сдатчиками металла, обработчиками поверхностных пороков металла, резчиками труб и заготовок, шлифовщиками, машинистами крана металлургического производства. Преобладающими вредными факторами производственной среды и трудового процесса на исследуемых рабочих местах являются производственный шум и тяжесть трудового процесса, на рабочем месте машиниста крана к ним добавляется еще и нагревающий микроклимат. Наиболее многочисленными профессиональными группами составили сортировщики-сдатчики (141 человек), вальцовщики (78 человек), машинисты крана (56 человек) и стропальщики (40 человек). Численность резчиков, обработчиков и шлифовщиков составила 19, 13 и 10 человек соответственно. По результатам исследования не были выявлены работники с низким ИПР. Численность работников, имеющих средний, высокий и очень высокий ИПР, составила 84, 221 и 52 человека соответственно (23,5%, 61,9% и 14,6% от всей численности исследуемой группы). В профессиональной группе сортировщиков-сдатчиков 5 работников имели очень высокий ИПР, 88 — высокий, и 48 — средний (3,6%, 62,4% и 34,0% группы). Вальцовщиками трудятся 15 работников с очень высоким, 58 — с высоким, и 5 — со средним ИПР (19,2%, 74,4% и 6,4% соответственно). Среди машинистов крана 26 человек (46,4%) имеют очень высокий ИПР, а 30 (53,6%) — высокий. Стropальщики представлены 3 работниками с очень высоким, 18 — с высоким, и 19 — со средним индивидуальным риском (7,5%, 45,0% и 47,5% соответственно). Таким образом, современное трубопрокатное производство характеризуется средними, высокими и очень высокими показателями ИПР у работников, а основная доля лиц (61,9%) в исследуемом трубопрокатном цехе трудится в условиях высокого ИПР, что свидетельствует о необходимости разработки и внедрения риск-ориентированных профилактических программ.

УДК 615.322+616.003.662

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ ПРИ СИЛИКОЗЕ

Махмудова Ш.К.¹, Вахидов А.Я.², Нурбаева М.А.¹

¹Ташкентская Медицинская Академия, ул. Фароби, 2, Ташкент, Узбекистан, 100169; ²НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний, ул. Олгинтепа, 325, Ташкент, Узбекистан, 100056

CLINICAL EFFICACY OF HERBAL MEDICINE FOR SILICOSIS. Makhmudova Sh.K.¹, Vakhidov A.Ya.², Nurbaeva M.A.¹ ¹Tashkent Medical Academy, 2, Farobi str., Tashkent, Uzbekistan, 100169; ²Research Institute of Sanitation, Hygiene and Occupational Diseases, 325, Oltintepa str., Tashkent, Uzbekistan, 100056

Ключевые слова: профессиональное заболевание, фитотерапия, бронхофит

Key words: occupational disease, phytotherapy, bronchophyte

За последние 5 лет в структуре профессиональных заболеваний на горнодобывающих производствах нашей республики профзаболевания органов дыхания занимают первое место и составляют 31,5% от общего числа больных, состоящих на диспансерном учете в клинике профзаболеваний. В связи с социальной важностью медицинской и трудовой реабилитации больных с пневмокониозами, профилактика и лечение на ранних стадиях заболевания имеет важное значение. Поэтому комплекс лечебных мероприятий должен включать средства, направленные на улучшение дренажной функции бронхов, способствующих выделению пыли из организма, восстановлению бронхиальной проходимости, а также действовать на измененную реактивность организма. **Цель** — изучение клинической эффективности фиточая «Бронхофит» при комплексной терапии у больных с силикозом. **Материалы и методы исследования.** Проведено клиническое исследование на базе клиники НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз. Фиточай применяли у 60 больных с силикозом различной стадии, в возрасте от 40 до 60 лет, со стажем работы в условиях воздействия производственной пыли более 15 лет. Выбор фиточая «Бронхофит» для лечения больных с силикозом продиктован тем, что в его состав входят такие растения, как листья шалфея, цветки липы, цветки ромашки, трава душицы, плоды бузины черной, корневище аира, корни алтея и корни солодки. Фиточай «Бронхофит» применялся следующим способом: 1 г фиточая заливался 200 мл кипятка, настаивался в течение 10–15 минут. Больные принимали в течение дня 400 мл фиточая, разделенных на 3–5 приемов. Продолжительность приема составляла 10–12 дней (весь период нахождения в клинике), больным также было рекомендовано принимать фиточай амбулаторно, в течение 1,5–2 месяцев. До и после лечения Бронхофитом в течение 10–12 дней оценивалось состояние больных по 3-х балльной шкале: жалобы, температура тела, количество выделения мокроты, результаты анализа крови, мокроты, показатели функции внешнего дыхания. Положительный эффект наблюдался у больных через 8–10 дней, к концу курса лечения больные отмечали снижение одышки на 1,8 балла, выделения мокроты на 1,2 балла, болей в груди на 1 балл, показатели функции внешнего дыхания улучшались на 2–4%. **Заключение.** Результаты изучения применения фиточая «Бронхофит» в сочетании с комплексной терапией лечения силикоза показали, что фиточай «Бронхофит» способствует ускорению регрессии клинических признаков заболевания, а также оказывает бактерицидное, отхаркивающее и спазмолитическое действие. Поэтому, благодаря вышеуказанным свойствам, применение фиточая «Бронхофит» можно рекомендовать не только больным с силикозом, но и работникам «пылевых» профессий с целью профилактики профессиональных заболеваний легких.