

ниже среднероссийского и составил в 2016 г — 0,01 на 10 тыс. работающих (в 2014 г. — 0,004, в 2015 г. — 0,002). В 100% случаев профессиональная патология выявлена при обращении работников за медицинской помощью в стадии хронических форм ПЗ, которые, как правило, установлены работникам с длительным сроком контакта с вредным производственным фактором (более 25 лет) и возрастом свыше 50 лет. Указанное является показателем низкой активной выявляемости профессиональной патологии в условиях сложившейся системы медицинского освидетельствования обязательных контингентов работников. Таким образом, проведение предварительных и периодических медицинских осмотров без привлечения необходимых специалистов и проведения регламентированных исследований, отсутствие необходимой подготовки по вопросам профессиональной патологии у врачей, участвующих в осмотрах, делают медосмотры формальным мероприятием.

УДК 616.24–002.17

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Орлова Г.П.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Минздрава России, ул. Льва Толстого, 6/8, Санкт-Петербург, Россия, 197022

PECULIARITIES OF THERAPEUTIC TACTICS IN OCCUPATIONAL INTERSTITIAL LUNG DISEASES. Orlova G.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, 6 (8), L'va Tolstogo str., St. Petersburg, Russia, 197022

Ключевые слова: альвеолиты; лечение; плазмаферез

Key words: alveolitis; treatment; plasmapheresis

Среди профессиональных интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ) экзогенные аллергический (ЭАА) и токсический (ЭТА) альвеолиты отличаются прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом. Лечение профессиональных ИЗЛ в первую очередь требует удаления этиологического фактора. Медикаментозное лечение ЭАА и ЭТА с позиции доказательной медицины не разработано, не доказана эффективность и безопасность применения иммуносупрессивных, антифибротических препаратов. До настоящего времени, единственными препаратами для лечения ЭАА и ЭТА остаются глюкокортикостероиды (ГКС). Цитостатические препараты не рекомендуются в связи с их пневмотоксичностью. При выраженных нарушениях иммунного статуса допускается назначение иммуносупрессантов. В России при острых и обострениях хронических форм ЭАА и ЭТА широко применяются экстракорпоральные методы лечения: плазмаферез, гемосорбция, плазмацитоферез с модификацией лимфоцитов с ГКС. **Цель** — оценить эффективность терапии в процессе динамического наблюдения 44 больных ЭТА (средний возраст — $44,1 \pm 1,3$ года; 57,7% мужчин и 42,3% женщин). Повторное обследование проводилось в среднем через 6–12–24 месяца. Больные контактировали с органическими растворителями — 36,6%, едкими и раздражающими неорганическими веществами — 21,1%, ядохимикатами и пластмассами — 16,9%, со сварочным аэрозолями — 15,5%, с металлами и их соединениями — 9,9%, с лекарственными препаратами — 2,8% больных. Средняя продолжительность контакта при хроническом течении заболевания (33 больных) составляла 15,4 года. В процессе лечения проводилась комплексная оценка изменений клинко-рентгенологических и функциональных показателей (бодиплетизмография, исследование диффузионной способности легких — DLCO). Все больные получали ГКС терапию (5–15 мг и более в сутки в пересчете на преднизолон) и курсы плазмафереза 2 раза в год. Положительная клинко-функциональная и КТ динамика отмечалась у 70% (31/44) больных, стабилизация заболевания — у 16% (7/44) больных, прогрессирование — у 14% (6/44). Стабилизация и прогрессирование заболевания наблюдались у тех больных, у которых правильный диагноз был установлен через $2,75 \pm 0,3$ года после развития заболевания, в то время, как у больных с положительной динамикой средний срок установления диагноза составил $0,9 \pm 0,25$ года. Среди 6 больных с отрицательной динамикой 4 продолжали работать в прежних условиях. Среди больных с положительной динамикой 59% прекратили работать, а остальные 41% перешли на другую работу без контакта с вредным фактором. Отмечались достоверные изменения функциональных показателей в процессе лечения: повышение легочных объемов (ЖЕЛ с $77,4 \pm 3,7\%$ Д до $86,3 \pm 3,1\%$ Д ($p < 0,05$), ОФВ1 с $76,6 \pm 3,7\%$ Д до $81,8 \pm 3,1\%$ Д ($p < 0,05$), и DLCO с $72,0 \pm 4,6\%$ Д до $76,7 \pm 4,5\%$ Д ($p < 0,05$). Таким образом, показано, что комплексная терапия в сочетании с плазмаферезом эффективна даже при относительно поздней диагностике ЭТА.

УДК 613.6:622.874

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ РАБОТНИКА ХРИЗОТИЛОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Отаров Е.Ж., Изденов А.К., Алексеев А.В.

Карагандинский государственный медицинский университет, ул. Гоголя, 40, Караганда, Республика Казахстан, 100008

SOCIAL PORTRAIT OF CHRYSOTILE INDUSTRY WORKER. Otarov Ye.Zh., Izdenov A.K., Alexeyev A.V. Karaganda State Medical University, 40, Gogol str., Karaganda, Republic of Kazakhstan, 100008

Ключевые слова: медико-социальный портрет; здоровье; профессиональный риск; хризотил

Key words: medico-social portrait; health; occupational risk; chrysotile