

На основании тестирования проведено ранжирование критериев с учетом среднего балла. На первое место участники опроса поставили субшкалу-физическое развитие, веру в бога и помощь свыше (средний балл соответственно 5.1 и 4.3). На последнем месте по значимости субшкала, характеризующая поведенческую жизненную активность (ADL) и социализацию личности (SOC), средний балл составил 8.0 и 7.6.

Таким образом, 68.5-72.6% участников опроса, оценивая шкалы «Здоровье и Психосоциаль-

ный статус», удовлетворены качеством жизни, а 27.4-31.5% -оценивают его негативно, при этом, 41.6% участников опроса неудовлетворены психолого-личностными аспектами, а 42.5%- неудовлетворенностью со стороны физического здоровья.

Все это свидетельствует о необходимости подключения психологов для оказания психологической помощи детям при проведении врачами вторичной и третичной профилактики заболевания.

Медико-биологические науки

Показатели клинического анализа крови при тотальном и ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава у женщин на дооперационном этапе

Аниськов Е. А.

*РосНИИТО им. Вредена, СПбМАПО,
Санкт-Петербург*

Цель: провести сравнительный анализ сдвигов клинических показателей крови на предоперационном этапе у пациентов перед тотальным и ревизионным эндопротезированием тазобедренного сустава.

У 297 женщин (I группа) с несостоятельностью эндопротеза и 661 женщины (II группа) с дегенеративно-дистрофическими поражениями тазобедренных суставов перед операцией определяли величину следующих показателей в крови: гемоглобина, эритроцитов, МСН, СОЭ, общее количество лейкоцитов, лейкоцитарную формулу и количество тромбоцитов. Установлено, что в первой группе число палочкоядерных лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов значительно ниже второй ($P < 0,05$), в то время, как число сегментоядерных, тромбоцитов значительно выше ($P < 0,05$).

Таким образом, наши многофакторные исследования показали, что у пациентов готовящихся к операции тотального эндопротезирования и ревизионного эндопротезирования, имеются существенные различия в характере изменений исследуемых показателей. По-видимому, это связано с патогенетическими различиями местных процессов. В первой группе пациентов эти сдвиги связаны с процессами отторжения инородного тела. Согласно концепции Г. Селье [1972] наблюдаемые сдвиги отражают особенности развития общего адаптационного синдрома, действие которого направлено на торможение местных реакций (местного адаптационного синдрома). То есть в первой группе они отража-

ют реакцию организма направленную на отторжение инородного тела, а у пациентов второй группы определяется развитием дегенеративно-дистрофических процессов в суставе сопровождающихся асептическим воспалением.

Наблюдение и выявление профессиональной патологии среди рабочих стекольного производства

Битаева А.Х., Тедеев Ш.Н.

Владикавказ

Целью настоящего исследования явилось определить систему клинического, рентгенологического, лабораторного и функционального исследований в ранней диагностике профессиональных заболеваний.

Наблюдался контингент рабочих стекольного производства в количестве 1622 человек. Из них 848 – мужчин, 774 – женщины.

Возраст наблюдаемого контингента варьировал от 18 до 72 лет, стаж работы от 1 года до 37 лет.

В процессе производства рабочие подвергаются ряду профессиональных воздействий: ингаляция кварцевой пыли, загазованность, высокое тепловое излучение, физическое и зрительное напряжение, производство с непрерывным режимом работы и другие.

Поликлиническое наблюдение и диспансеризация наблюдаемого контингента рабочих стекольного производства осуществляется специализированной «Медсанчастью промышленных предприятий» - учреждением закрытого типа, обслуживающим прикрепленные к нему предприятия.

Работа организована по принципу цеховой участковости, построена по единому комплексному плану, объединяет мероприятия по проведению квалифицированного лечения, оздоровле-

ния, профилактики, проведению периодических и предварительных медицинских осмотров согласно приказу МЗ РФ №90 от 14.03.1996г, проведению диспансеризации; работы на цеховом участке, направленной на устранение факторов, отрицательно воздействующих на здоровье рабочих; проведение санитарно-просветительной работы, направленной на пропаганду здорового образа жизни, борьбу с актуальными заболеваниями современности.

Наряду с цеховым врачом контингент рабочих наблюдается врачами соответствующих узких специальностей.

Проводятся необходимые лабораторные исследования: клинический анализ крови; определение уровня билирубина, мочевины, сахара, холестерина в крови; определение протромбинового индекса, пробы на активность ревматического процесса/срб, сиаловые кислоты/; общий анализ мочи, мокроты.

Проводятся функциональные методы исследования: электрокардиография, спирография.

Проводятся рентгенологические исследования: флюорография, рентгенография, рентгенография с контрастированием.

В медсанчасти функционирует дневной стационар, который дает возможность проводить больным комплексное лечение под наблюдением врача, включающее и физиотерапевтические процедуры, массаж, лфк, иглорефлексотерапию и другие.

Лечение в условиях дневного стационара позволяет охватить широкий контингент нуждающихся в проведении лечебно-оздоровительных, профилактических мероприятий.

В результате лечения в условиях дневного стационара больных диспансерной группы улучшились показатели эффективности проводимых мероприятий, которые выражаются в следующем:

Уменьшилось количество обострений заболеваний;

Снизилось количество дней нетрудоспособности;

Удлинились периоды ремиссии у больных с хроническими заболеваниями;

Понижился процент выхода на инвалидность.

Работа цехового врача проводится по составленному в начале года комплексному плану лечебно-оздоровительных мероприятий, включающему все аспекты работы на цеховом участке.

В начале календарного года промсанврач по представлению цеховой службы представляет списки производств и профессий, для работы в которых обязательны предварительные при поступлении на работу и периодические медосмот-

ры в целях профилактики профессиональных заболеваний, предупреждения травм, несчастных случаев на производстве и снижения общей заболеваемости.

Предприятие составляет поименные списки, а цеховой врач составляет календарный план медосмотров с указанием участия соответствующих узких специалистов, объема лабораторных и дополнительных методов исследования, их кратность.

Составляется общий график медосмотра по медсанчасти, согласно которому проводится периодический медосмотр. Для проведения медосмотров используется и обращаемость в поликлинику.

Систематически проводится анализ всей проведенной за отчетный период работы, включающий временную нетрудоспособность, периодические осмотры.

По результатам периодических осмотров составляется заключительный акт, где отражены: больные с признаками профессионального воздействия; профессиональными заболеваниями, нуждающиеся в направлении на МСЭК; нуждающиеся в стационарном, санаторном лечении; выявленные впервые с общими заболеваниями.

Результаты периодического осмотра доводятся до сведения администрации предприятия для выполнения рекомендаций комиссии по улучшению профессиональной экологии и других социальных мероприятий.

Уровень заболеваемости в динамике за последние три года имеет тенденцию к снижению, что является результатом комплексно проводимых совместно с администрацией предприятия мероприятий по улучшению условий труда.

Показатели заболеваемости за последние три года в расчете на 100 работающих, в случаях и днях:

1999г.: 33.6 – 845.7; 2000г.: 33.7 – 551.3; 2001г.: 31.6 – 463.1.

Несмотря на снижение заболеваемости, еще остается на высоком уровне, хотя среднее пребывание на больничном листе не превышает федеративные нормы.

Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости занимают острые респираторные инфекции – 22,3%, хронические заболевания органов дыхания, что объяснимо снижением экологической защищенности, нарушениями профессиональной экологии, снижением иммунного статуса.

Чаще болеют лица молодого возраста, больше мужчины, что объяснимо также экзогенными факторами: табакокурением, экологическим фактором, которые вызывают раздражение слизи-

стой дыхательных путей, ее повышенную восприимчивость.

Большой удельный вес в структуре заболеваемости имеют: гипертоническая болезнь – 5.9%, ишемическая болезнь сердца – 1.8%.

Этой группой заболеваний больше страдают лица старшего возраста и мужчины и женщины. Увеличение ее в большой степени обусловлено нервно-эмоциональным напряжением на работе и в быту.

На предприятии после известных реорганизаций в основном остались профессионалы, лица старшего возраста, которые больше подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

Увеличилось число больных с заболеваниями желудочно-кишечной группы, в частности – язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки, удельный вес в структуре заболеваемости – 2,9%. Этой патологией в основном болеют мужчины – до 90%, преимущественно молодого возраста.

В этом случае тоже большое влияние оказывает воздействие вредных привычек – алкоголизм, табакокурение.

Ухудшение экономического уровня населения негативно отражается и на качестве питания, следствием чего и является рост заболеваний желудочно-кишечной группы

Повысилось количество больных с заболеваниями печени, эндокринной патологией, удельный вес в структуре заболеваний – 5,3%. Больных больше среди женщин старшего возраста, чаще с избыточной массой тела, что является результатом неправильного питания, гиподинамии.

Определяется рост онкологических заболеваний. Больше болеют мужчины, чаще среднего возраста.

Большое влияние на рост этой патологии оказывают также экзогенные факторы: алкоголизм, табакокурение, напряженное социально-экономическое положение населения, нервно-эмоциональное напряжение.

Учитывая описанные факторы, проводится направленная лечебно-профилактическая, оздоровительная работа: амбулаторно, стационарно и санаторно-курортное лечение.

Проводятся мероприятия, направленные на улучшение условий труда, устранение факторов, воздействующих на состояние здоровья рабочих, улучшение профессиональной экологии.

Больные, страдающие хроническими заболеваниями, берутся на диспансерный учет соответствующими специалистами после проведения необходимого комплекса обследования и лечения, при необходимости – консультации специалиста-консультанта.

При проведении лечебно-оздоровительных, профилактических мероприятий применяются возможные, доступные новейшие схемы и методы обследования и лечения, учитывая стадию, тяжесть заболевания.

Ведение системного наблюдения за здоровьем контингента рабочих дает значительные положительные результаты в предупреждении заболеваний у здоровых лиц или обострений уже имеющихся заболеваний у больных путем проведения соответствующих лечебно-оздоровительных, профилактических, санитарно-гигиенических и социальных мероприятий.

Таким образом, многолетнее, в течение 26 лет, наблюдение за контингентом рабочих, занятых стекольным производством, показало, что такие лица подвергаются ряду профессиональных воздействий, как-то: ингаляция кварцевой пыли, загазованность, высокое тепловое излучение, физическое напряжение, стереотипные физические движения, обусловленные технологией производства.

В связи с этим в этой группе лиц необходимо производить обследование не менее 2 раз в течение года – вопреки приказу МЗ РФ №90 от 14.03.1996г, с комплексом мероприятий по устранению вредных экологических факторов на месте производства.

Разработанная нами методика учета наблюдения и профилактики показала, что уровень заболеваемости имеет тенденцию к снижению и уменьшению экономических затрат на лечение и реабилитацию при временной нетрудоспособности.

Показатели временной нетрудоспособности в случаях и днях в расчете на 100 работающих за последние три года:

1999г.: 33.6 – 845.7, 2000г.: 33.7 – 551.3; 2001г.: 31.6 – 463.1

Обращает на себя внимание, что соблюдение нами критериев наблюдения контингента и проводимые мероприятия позволили за последние 20 лет предотвратить профессиональные заболевания на предприятии.

СОЭ у женщин с дегенеративно-дистрофическими поражениями та-зобедренного сустава перед его тотальным эндопротезированием в за-висимости от возраста

Борковский А. Ю.

*РосНИИТО им. Вредена, СПбМАПО,
Санкт-Петербург*

Воспалительный элемент неотъемлемая часть патогенеза дегенеративно-дистрофических