

15-20 минут до полного исчезновения кристаллов, затем её охлаждают до комнатной температуры. Перед наложением на участок тела вдавить и отпустить кнопку «активатор», выждать несколько секунд для распространения тепла по всему пакету. Максимальная температура грелки 54°. Время действия на теле человека при комнатной температуре – в пределах часа. Грелка рассчитана на 500 циклов включения.

Парафиносодержащие терапевтические устройства для лечения заболеваний суставов верхних и нижних конечностей. Особая технология обработки парафина резко усиливает его лечебные свойства, это выражается в активной стимуляции регенеративных (восстановительных) механизмов, что позволяет не только эффективно снимать боль, но и буквально поворачивать вспять процесс разрешения сустава.

Лечебные эффекты: анальгетический; противовоспалительный; противоотечный; трофический.

Показания: воспалительные и дегенеративно-дистрофические заболевания суставов, в том числе и в остром периоде заболевания, и при наличии синовита; посттравматические заболевания суставов; функциональные контрактуры; для защиты суставов от чрезмерных (профессиональных и спортивных) нагрузок.

Противопоказания: поврежденные кожные покровы.

Аппаратура. Парафиносодержащие терапевтические устройства, состоящие из фиксирующего устройства для парафиновых вкладышей. Выпускаются различные модификации и размеры для локтевого, коленного, голеностопного суставов.

Методика. Парафиносодержащее устройство фиксируется на пораженном суставе. Для правильного подбора изделия необходимо измерить объем сустава и по таблице определить нужный размер. Лечение продолжается не менее 2-3 месяцев. Режим использования круглосуточный. Только длительное использование изделия в круглосуточном режиме позволит добиться реального положительного результата.

ОСНОВЫ ПРОФПАТОЛОГИИ ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

*П.Н. Любченко, Ю.П. Евлашко, Р.В. Горенков
ФУВ МОНИКИ, РМАПО*

Согласно приказу МЗ РФ №350 от 20.11.2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации», в обязанности врача общей практики (семейного врача) входит проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров работников вредных профессий. В условиях промышленного и сельскохозяйственного производства встречаются вредные вещества

и производственные факторы, при длительном контакте с которыми у рабочих могут развиваться профессиональные заболевания, и задача врача общей практики – выявить эти изменения на ранних стадиях и провести комплекс лечебных, экспертных и профилактических мероприятий.

Врач общей практики должен быть знаком с основными понятиями медицины труда, условиями возникновения профессиональных заболеваний, их клиническими проявлениями, методикой проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников вредных профессий, экспертизой профпригодности, экспертизой связи заболевания с профессией, лечением и профилактикой профессиональных болезней, экспертизой трудоспособности.

Профессиональная патология тесно связана с гигиеной труда и в последнее время эти две дисциплины объединены в одну – медицину труда. В эту дисциплину входят вопросы управления состоянием здоровья трудящихся, научное обоснование и практическое внедрение средств и методов его сохранения и укрепления. Основным объектом медицины труда – здоровье работающего человека, то есть состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов. Быть здоровым означает сохранять интеллектуальную и социальную активность, несмотря на нарушения или недостатки.

Задачи медицины труда шире, чем профессиональной патологии. Это оценка состояния здоровья рабочих по более широкому кругу показателей, разработка факторов риска для здоровья работающих, поиск средств управления здоровьем, включая производственные, гигиенические, клинические и социальные механизмы.

Вклад в формирование здоровья вносят следующие группы факторов:

1. Социально-экономические условия (условия труда, быта, отдыха, питания, занятость, доходы и др.) – 50-55%.

2. Окружающая среда (природно-климатические, техногенные факторы) – 18-25%.

3. Генетика человека – 15-22%.

4. Деятельность органов здравоохранения – 7-12%.

Для врача общей практики наибольшее значение имеют социально-экономические аспекты здоровья рабочих.

Все болезни работающих можно разделить на три группы:

1. Собственно профессиональные заболевания, то есть болезни, в этиологии которых производственный фактор является единственным или ведущим, если заболевание является полиэтиологичным, и могут развиваться только в условиях производства.

2. Общие заболевания, течение которых осложнено условиями труда или которые во много раз чаще возникают при работе в данных условиях, чем в популяции или других профессиях, то есть профессионально-обусловленные заболевания.

3. Болезни, не связанные с работой.

Профессиональные вредности связаны с производственным процессом, технологией, оборудованием, а также с самим трудовым процессом, выполняемым работником. Классификация производственных вредностей:

1. Токсичные химические вещества.

2. Пыль.

3. Физические факторы: радиоактивные вещества и источники ионизирующего излучения; лазерное излучение; инфракрасное и ультрафиолетовое излучения; электромагнитные волны радиочастот; шум и вибрация; высокая и низкая температура; повышенное и пониженное атмосферное давление; гипокинезия, в том числе антиортостатическая (невесомость); инфразвук и ультразвук.

4. Биологические факторы: возбудители инфекций (туберкулез, бруцеллез, сибирская язва и др.); вирусные инфекции (гепатиты, СПИД); грибы; органическая пыль, вызывающая аллергические заболевания.

5. Психологические факторы – острый и хронический стресс.

К профвредностям, связанным с трудовым процессом, относятся: перенапряжение нервной системы и органов чувств; частые однообразные движения; перенапряжение отдельных мышечных групп; длительное вынужденное положение тела.

Между профессиональными вредностями и профессиональными болезнями существует прямая связь. Классификация профессиональных заболеваний:

I. Болезни, вызываемые действием химических веществ: острые и хронические профессиональные интоксикации; поражения кожи (экзема, дерматиты, эпидермозы и др.); поражения глаз (катаракта от воздействия тринитротолуола);

Профессиональные интоксикации в настоящее время встречаются редко, тем не менее, приводим патогенетическую классификацию производственных интоксикаций.

Первая группа – вещества раздражающего и удушающего действия, поражающие органы дыхания. Это соединения хлора (хлористоводородная кислота), фтора (фтористоводородная кислота), серы (серный ангидрид, сероводород), аммиак. Эти вещества легко растворяются в жидкости и слизи и поражают в основном верхние дыхательные пути, вызывая трахеит, трахеобронхит, поражения конъюнктивы. Проявления отравления обычно проходят в течение 3-5 дней.

Диметилсульфат и фтористый бериллий проникают глубоко, до мелких бронхов и бронхиол и вызывают картину бронхиолита с одышкой, высокой температурой, множеством мелких влажных хрипов в легких. Окислы азота, фосген, проникают до альвеол и после латентного периода вызывают тяжелое поражение легких – токсический отек: одышка, кашель, пенная с примесью крови мокрота, крупные

влажные хрипы в легких. Крупные влажные хрипы свидетельствуют о том, что жидкость заполняет крупные бронхи, этот симптом характерен и для отека легких при сердечной недостаточности.

Вторая группа промышленных ядов – гепатотропные. Это в основном хлорированные углеводороды (четыреххлористый углерод, дихлорэтан, трихлорэтилен и др.). В настоящее время интоксикации веществами этой группы встречаются крайне редко.

Третья группа – кровяные яды: гемолитические (мышьяковистый водород, фенилгидразин), разрушают эритроциты; пигментные яды, действующие на гемоглобин и превращающие его в карбоксигемоглобин (монооксид углерода) или метгемоглобин (амино- и нитросоединения бензола); яды, нарушающие синтез гема и порфиринов и приводящие к развитию гипохромной гиперсидеремической сидеробластной анемии (свинец); костномозговые яды, угнетающие кроветворение, и вызывающие гипопластическую анемию, лейкоз (бензол, в меньшей степени его гомологи ксилол и толуол).

Четвертая группа – промышленные вещества, действующие преимущественно на нервную систему: ртуть, марганец, тетраэтилсвинец, мышьяк, сероуглерод.

Пятая группа – промышленные канцерогены (вещества и производственные процессы): асбесты, бензпирен, каменноугольные и нефтяные смолы, пеки и их возгоны, минеральные масла неочищенные, мышьяк, никель, шестивалентный хром, деревообрабатывающее и мебельное производство, медеплавильное производство, изготовление изопропилового спирта, производство резины и резинотехнических изделий.

Шестая группа – профессиональные аллергены: металлы-сенсibilизаторы (хром, никель, кобальт, бериллий), формальдегид, фталевый и малеиновый ангидриды, диизоцианаты, эпихлоргидрин, фенол- и мочевиноформальдегидные смолы, пыль льна, хлопка, шерсти, сочетанные аллергены в сельском хозяйстве (корма, перхоть и шерсть животных, пестициды).

Имеются сведения о гормональном действии некоторых соединений – винилхлорида, метилметакрилата, которые вызывают повышение уровня инсулина и пролактина в крови, снижение соматотропного гормона, что способствует ожирению.

Отдельную большую группу производственных токсикантов составляют пестициды (фосфорорганические до 69% из всех употребляемых в сельском хозяйстве, хлорорганические – 9%, карбаматы – 7,5%, динитрофенолы – 6%, ртутьорганические – 1%) [4]. Хроническая интоксикация характеризуется функциональными нарушениями центральной и вегетативной нервной системы, развитием гипоталамического синдрома, возможна токсическая гепатопатия и расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

II. Профессиональные болезни, вызываемые воздействием

промышленных аэрозолей. Это большая группа пневмокониозов (пылевых фиброзов легких), включающая силикоз и силикотуберкулез, асбестоз, антракоз, пневмокониоз от воздействия цементной пыли, сварочного аэрозоля и другие, более редкие виды, например, металлокониозы. Они нередко протекают по типу гиперчувствительных пневмонитов. Особая форма металлокониоза – бериллиоз.

Кроме пневмокониоза, пыль может вызывать хронический бронхит, а органическая пыль (текстильная, сельскохозяйственная) – бронхиальную астму, экзогенный аллергический альвеолит.

III. Профессиональные болезни, вызванные физическими факторами. Сюда входят различного рода излучения, шумы, вибрации, воздействие высоких и низких температур.

Действие *ионизирующего излучения* вызывает острую и хроническую лучевую болезнь, лучевую катаракту, лучевые поражения кожи, онкологические заболевания.

Электромагнитные излучения промышленной частоты и радиочастотного диапазона воздействуют на рабочих, обслуживающих подстанции и линии электропередач сверхвысокого напряжения (от 220 до 500 кВ), при этом наблюдаются функциональные изменения нервной и сердечно-сосудистой систем в виде вегетативной дисфункции, повышения сухожильных рефлексов, тремора век и пальцев рук, увеличения времени сенсомоторных реакций, снижения памяти, внимания. Интенсивные электромагнитные излучения радиочастот поступают от бытовых источников, в том числе от телевизоров, микроволновых печей и особенно сотовых телефонов (до 1500 В/м). Некоторые авторы указывают на вероятность развития онкологических заболеваний при воздействии электромагнитного излучения.

Лазерное излучение действует на орган зрения и кожу. Видимый спектр лазера (0,38-0,7 мкм) и ближнего инфракрасного (0,75-1,4 мкм) поражает сетчатку; лазерное ультрафиолетовое (0,18-0,38 мкм) и дальнее инфракрасное (более 1,4 мкм) излучения не достигают сетчатки, но могут повредить роговицу, радужку и хрусталик. При воздействии лазера, особенно дальней инфракрасной области, возможны ожоги кожи. Хроническое воздействие низкоэнергетического лазера на предельно допустимом уровне (ПДУ) или ниже приводит к развитию у работающих астенического, астеновегетативного синдромов и вегетососудистой дистонии.

Инфракрасное излучение – тепловые лучи – встречается в основном в горячих цехах (металлургическое производство). У рабочих отмечается повышенная заболеваемость болезнями сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения.

Источником *ультрафиолетового излучения* (УФИ) является солнце. Повышенному воздействию солнечной радиации подвергаются сельскохозяйственные рабочие, строители, железнодорожные рабочие, шахтеры открытых карьеров и др. Солнечное УФИ действует на кожу,

вызывая ее ускоренное старение (образование морщин, утолщение складок, снижение упругости). Источником УФИ в производственных условиях являются сварка кислородно-ацетиленовыми, кислородно-водородными, плазменными горелками. У рабочих, пренебрегающих средствами защиты, возможна электроофтальмия (фотоофтальмия) – острая воспалительная реакция наружных оболочек глаза.

В акустике под звуком понимают механические колебания в сплошной упруго-инерционной среде (твердой, жидкой или газообразной). В зависимости от частоты, звуковые колебания подразделяются на инфразвуковые, акустические и ультразвуковые. В промышленности чаще всего встречаются *шумы акустического диапазона* (слышимые) – от 20 Гц до 20 кГц.

Воздействие шума вызывает сенсоневральную тугоухость. ПДУ для шума на всех частотах составляет 80 дБА. В последние 10-летия появилась новая профессиональная группа с высоким риском профессиональной тугоухости – рок-музыканты.

Инфразвуковой шум – это колебания с большой длиной волны и малой частотой (до 20 Гц). В промышленности источниками инфразвука являются компрессоры, кондиционеры, турбины, промышленные вентиляторы, нефтяные форсунки, вибрационные площадки, доменные и мартеновские печи, тяжелые машины с вращающимися частями, двигатели самолетов, вертолетов, судов, наземных видов транспорта.

Инфразвук, в отличие от шума акустического диапазона, воздействует на рецепторы вестибулярного, а не слухового анализатора. Клинически это проявляется симптомокомплексом, аналогичным укачиванию, с выраженными вегетативными реакциями. Некоторые авторы называют эти явления диэнцефальным синдромом.

Ультразвук – это колебания и волны с частотой выше 20 кГц, не слышимые человеческим ухом. Используется в машиностроении, металлургии, химии, радиоэлектронике, строительстве, легкой и пищевой промышленности, в медицине. Примером может служить ультразвуковая дефектоскопия сварных и железобетонных изделий, ультразвуковая аппаратура в медицине. Вызывает изменения со стороны вестибулярной функции, а также развитие вегетативно-сенсорной полинейропатии рук, остеопороза, остеосклероза дистальных отделов фаланг кистей.

Воздействие общей и местной *вибрации* вызывает вибрационную болезнь, основными проявлениями которой являются нейро-сосудистые нарушения на конечностях, повышенная чувствительность к холоду – синдром «белых пальцев».

При работе в *неблагоприятных микроклиматических условиях* с повышенной температурой возможно перегревание организма вплоть до теплового удара и судорожного синдрома, а при хроническом воздействии умеренно повышенных температур, например, в глубоких шахтах, развивается вегето-сосудистая дистония.

Воздействие *низких температур*, особенно в сочетании с повышенной влажностью, приводит к развитию облитерирующего эндартериита, холодовых нейроваскулитов.

При работе в условиях *низкого атмосферного давления* возможно развитие летной болезни, однако в настоящее время при полетах на высоте 12 тыс. м помещения авиалайнеров полностью изолированы от внешней среды и персонал и пассажиры не страдают от низкого атмосферного давления. *Повышенное давление* наблюдается в кессонах при строительстве мостов через реки, у проходчиков туннелей. Здесь важна правильная дегерметизация, постепенное снижение давления в кессоне. Клиническими проявлениями кессонной декомпрессионной болезни является синдром Меньера и поражение костно-суставной системы с остеонекрозами. Профессиональная гипокинезия способствует развитию остеопороза.

IV. Биологические факторы вызывают инфекционные заболевания, а также бронхиальную астму и экзогенный аллергический альвеолит.

V. Воздействие стрессогенных факторов приводит к профессионально-обусловленным заболеваниям: ишемической, гипертонической и язвенной болезням.

Профессиональными болезнями, вызванными **перенапряжением в трудовом процессе**, являются болезни периферической нервной системы: вегетативно-сенсорная полинейропатия, компрессионная невропатия срединного и локтевого нерва в различных участках предплечий, профессиональные болезни мышечной системы – миофиброз, а также заболевания связок и суставов.

Диагностика профессиональных заболеваний основывается на следующих принципах:

Первый принцип – полное изучение анамнеза больного, его профессионального маршрута, длительность воздействия профессиональных факторов, их комбинации, острые и хронические отравления в прошлом, наличие других профессиональных заболеваний.

Второй принцип – детальное ознакомление с характером выполняемой работы и санитарно-гигиеническими условиями труда. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда составляется врачом центра Госсанэпиднадзора после получения им извещения о подозрении на профзаболевание. Она включает качественную и количественную характеристику профессиональных факторов и оценку условий труда в соответствии с критериями Руководства «Р2.2.755-99», где приводятся классы вредности по каждому фактору с общей оценкой тяжести и вредности труда. Извещение на санитарно-гигиеническую характеристику условий труда составляет цеховой врач, врач общей практики или профпатолог центра профпатологии. В

санитарно-гигиенической характеристике должен быть указан гигиенический стандарт или критерии безопасности – предельно допустимая концентрация (ПДК) или предельно допустимый уровень (ПДУ).

ПДК вредных веществ в воздухе рабочей зоны при ежедневной (кроме выходных дней) работе в течение 8 часов и не более 40 часов в неделю в течение всего рабочего стажа, не должна вызывать заболеваний или отклонений в состоянии здоровья, обнаруживаемых современными методами исследований в процессе работы или отдаленные сроки жизни настоящего и последующего поколений.

ПДУ – аналогичное определение для действия физического фактора (шума, вибрации, электромагнитных полей и др.). Здесь целесообразно привести характеристику классов вредности по Р2.2.755-99. Условия труда по степени тяжести и вредности подразделяются на четыре класса.

Оптимальные – **1-й класс**: условия труда, при которых сохраняется здоровье рабочего, неблагоприятные факторы отсутствуют или их наличие не превышает уровней, принятых в качестве безопасных для населения.

Допустимые – **2-й класс**: факторы среды и трудового процесса не превышают гигиенических нормативов (ПДК, ПДУ) для рабочих мест и не оказывают неблагоприятного действия на состояние здоровья работающих и их потомство. Возникшие функциональные изменения восстанавливаются к началу следующей смены.

Вредные – **3-й класс**: уровни вредных факторов превышают гигиенические нормативы и они оказывают неблагоприятное действие на организм рабочих.

По степени превышения гигиенических нормативов вредные условия подразделяются на четыре степени:

- степень вредности (3.1) – концентрации веществ и уровни факторов невелики, но могут вызвать в организме функциональные изменения, которые восстанавливаются при более длительном прерывании контакта, чем к началу следующей смены;

- II степень вредности (3.2) – возникают стойкие функциональные изменения, чаще всего начальные или легкие проявления профессионального заболевания, возникающие при длительной экспозиции (после 15 и более лет);

- III степень (3.3) – уровни воздействия, приводящие к развитию профессиональных болезней легкой и средней степени тяжести с потерей профессиональной трудоспособности;

- IV степень (3.4) – уровни действующих факторов приводят к развитию тяжелых форм профессиональных или профессионально-обусловленных заболеваний с потерей общей трудоспособности.

4-й класс условий труда (4.0) – опасные и экстремальные условия. Уровни вредных факторов создают угрозу для жизни работающих и

высокий риск развития острых профессиональных поражений, в том числе тяжелых форм.

Определение класса вредности зависит от степени превышения ПДК содержащихся в воздухе пыли и химических веществ, или уровня шума и вибрации. Современные характеристики условий труда облегчают врачу-профпатологу его диагностическую и экспертную работу.

Третий принцип диагностики профессиональных заболеваний – выявление в клинической картине комплекса симптомов, отражающих наиболее характерные для данной формы профессиональной болезни изменения различных органов и систем. Примером может служить побеление пальцев рук на холоде при воздействии вибрации, повышенное количество базофильно-зернистых эритроцитов и ретикулоцитов, свинца в крови, моче, АЛК и копропорфирина в моче при свинцовой интоксикации и др.

Четвертый принцип – определение в биологических средах самого химического агента, вызвавшего заболевание, или его метаболитов (свинца, ртути в крови и моче, толуола в крови, его метаболита – гиппуровой кислоты в моче, стирола в крови и его метаболитов – миндальной и фенилглиоксильной кислот в моче) и др. Биологическими субстратами чаще всего служат кровь и моча, реже волосы (для определения тяжелых металлов).

Пятый принцип – учет неспецифических клинических признаков, встречающихся при других нозологических формах, но характерных для данного профессионального заболевания. Например, желтуха и клинико-лабораторные симптомы гепатита при хронической интоксикации хлорированными углеводородами, гипопластическая анемия при интоксикации бензолом и др.

Шестой принцип – аллергологическое и иммунологическое обследование с использованием веществ, имеющих на рабочем месте, для выявления специфической сенсибилизации.

Седьмой принцип – изучение динамики течения патологического процесса, его обратимости после прекращения контакта (положительный симптом элиминации) или обострения при возобновлении контакта (положительный симптом реэкспозиции).

Восьмой принцип – учет наличия однотипных хронических заболеваний среди конкретных профессиональных групп рабочих.

Девятый принцип – учет данных предварительного и периодических медосмотров, даты выявления нарушения в состоянии здоровья, предшествующего стажа.

Десятый принцип: в связи с отсутствием строгой специфичности клинических проявлений профзаболеваний необходима дифференциальная диагностика с аналогичными по клинической симптоматике заболеваниями непрофессиональной этиологии. Например, хронические гепатиты (необходимо исключить вирусную, алкогольную природу заболевания), хронические бронхиты, когда

необходимо дифференцировать пылевую и воспалительную этиологию заболевания.

При подозрении на острое или хроническое профессиональное заболевание (отравление) врачом составляется форма № 388-1/у-01 «Извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления)», которое отсылается в центр Госсанэпиднадзора, осуществляющий надзор за объектом, где возникло острое профессиональное заболевание (отравление), и работодателю. Учреждение здравоохранения, установившее заключительный диагноз профессионального заболевания (отравления), составляет извещение по форме № 388-2/у-01 «Извещение об установлении заключительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления), его уточнении или отмене» и направляет его в центр Госсанэпиднадзора, работодателю, страховщику (в районный отдел фонда социального страхования) и в учреждение здравоохранения, направившего больного. Экспертиза связи хронического заболевания (отравления) с профессией и решение вопроса о дальнейшей трудоспособности больного осуществляется специализированными профпатологическими учреждениями.

Предварительные и периодические медицинские осмотры рабочих вредных профессий. Медицинские осмотры проводятся в соответствии с действующим приказом МЗ и МП РФ №90 от 14 марта 1996 г., где определена периодичность, участие специалистов, лабораторные, рентгенологические и функциональные исследования, а также противопоказания к приему на работу в те профессии, где возможно неблагоприятное течение имеющегося заболевания. Целью периодических осмотров является раннее выявление симптомов воздействия профессионального фактора и направление рабочего на дообследование в профцентр, а также выявление общих заболеваний и планирование реабилитационных мероприятий. Медосмотры рабочих вредных профессий должны проводиться в профцентре 1 раз в 3 или 5 лет, в зависимости от профвредности. Ответственность за организацию профосмотров несет работодатель. Предписание о проведении осмотра рабочих конкретных профессий, объем обследований обеспечивает центр Госсанэпиднадзора.

Результаты осмотра каждым специалистом записываются в амбулаторную карту рабочего, после чего цеховой врач (участковый, семейный) делает заключение о профпригодности рабочего. После окончания осмотра составляется Заключительный акт, в котором подводятся итоги проведенной работы: пофамильные списки лиц с подозрением на профзаболевание, с впервые выявленными общими заболеваниями, перечень предстоящих лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий. Акт визируется должностными лицами, включая врача Госсанэпиднадзора, начальника отдела техники безопасности предприятия, председателя профсоюзной организации,

цехового врача или врача общей практики. Акт заключительной комиссии находится в ЛПУ, в отделе Госсанэпиднадзора, в отделе техники безопасности для контроля за выполнением предлагаемых мероприятий.

Общие принципы профилактики профессиональных заболеваний включают в себя механизацию и автоматизацию производственных процессов (борьба с профессиональными вредностями неэффективна в технически отсталых производствах); герметизацию аппаратуры, в которых происходит обработка токсичных или пылящих материалов; промышленную общеобменную и местную вентиляцию с укрытием газо- или пылевывделяющих процессов; гигиеническое нормирование и контроль за их соблюдением; использование индивидуальных средств защиты органов дыхания и кожи (респираторы, противогазы, перчатки и др.); проведение предварительных медицинских осмотров, цель которых – не допустить к работе во вредных условиях лиц с ослабленным здоровьем; проведение в полном объеме периодических медицинских осмотров для ранней диагностики профессиональных заболеваний; использование лечебно-профилактического питания, разработанного с учетом профвредностей для уменьшения поступления химических веществ и пыли в организм, усиления их выведения из организма и общего укрепления здоровья.

Общие принципы лечения профессиональных заболеваний. В лечении профессиональных больных используются три принципа: этиологический, патогенетический и симптоматический. В качестве этиологического метода выступает прекращение контакта с профвредностью, однако при развившемся патологическом процессе это не всегда приводит к регрессу заболевания. При интоксикации тяжелыми металлами, например, свинцом и некоторыми органическими соединениями, широко используется антидотная, так называемая выделительная терапия комплексообразующими соединениями (тетацин, пентацин), унитиолом, а также современными методами очищения организма – форсированного диуреза, гемосорбции, гемофильтрации, перитонеального диализа, гемодиализа.

Патогенетическая терапия направлена на нормализацию тех механизмов, которые лежат в основе клинических проявлений.

Симптоматические препараты применяют для снятия отдельных симптомов (боли, зуда кожи и др.).

Экспертиза трудоспособности при профессиональных болезнях. При начальных формах некоторых профессиональных заболеваний больным предоставляется возможность временного трудоустройства вне контакта с профвредностями без потери в зарплате по справке Клинико-экспертной комиссии с последующим возвращением на прежнюю работу.

При наличии выраженных форм заболевания, рекомендуется направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для определения

процента утраты трудоспособности и/или группы инвалидности. МСЭ может определить 10%, 20%, 30% или – максимально без группы инвалидности – 40% утраты трудоспособности с трудоустройством вне контакта с профвредностями. Больным с выраженными функциональными нарушениями, ограничивающими трудоспособность и жизнедеятельность, определяется III или даже II группа инвалидности.

Приведенные данные помогут врачу общей практики в его работе по обслуживанию рабочих промышленных и сельскохозяйственных предприятий.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Е.Г. Старостина
ФУВ МОНИКИ

Психосоматические расстройства (ПСР) – это группа заболеваний, возникающих под влиянием психического стресса и эмоциональных переживаний, клиническая картина и течение которых характеризуются сочетанием психопатологической и соматической (телесно-органной) симптоматики с явным преобладанием последней. В связи с этим, больные с ПСР обращаются к врачам различных соматических специальностей и получают терапию по поводу соматических заболеваний, направленную на коррекцию физиологических функций и симптомов. Однако поскольку психопатологическая симптоматика, как правило, остается не выявленной, лечение оказывается недостаточно или совсем не эффективным. Врачи-соматологи интуитивно чувствуют, что проблемы подобных пациентов имеют психологические, психоэмоциональные «корни», однако в большинстве случаев они не обладают достаточной подготовкой для диагностики и лечения этих состояний. Одновременно такие пациенты, в силу понятных причин, довольно редко обращаются за психиатрической помощью. Если же они и попадают в поле зрения психиатров, последние, в отсутствие специальной подготовки по ПСР, чаще ограничиваются назначением стандартных схем медикаментозной психотропной терапии, которая сама по себе не в состоянии решить проблему ПСР. Таким образом, при существующей системе оказания медицинской помощи пациенты с ПСР пополняют ряды больных, которые, с одной стороны, правомерно недовольны результатами лечения, а с другой – являются вечной «головной болью» для врачей соматических специальностей и одним из источников их неудовлетворенности своей работой.

Все сказанное обуславливает актуальность проблемы ПСР и необходимость углубления образования врачей общей практики в этой области медицины. С методологической точки зрения, психосоматическое направление в медицине строится на принципе единства психического и соматического в генезе практически любых