

ПНЕВМОКОНИОЗ

Хроническое заболевание легких, возникающее вследствие длительного вдыхания и отложения в легких пыли и характеризующееся развитием диффузного фиброза.

Пневмокониоз - профессиональный пылевой пневмофиброз.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ

1.СИЛИКОЗ

2СИЛИКАТОЗЫ - АСБЕСТОЗ, ТАЛЬКОЗ,
ЦЕМЕНТНЫЙ ,СЛЮДЯНОЙ, КАОЛИНОЗ.

3.МЕТАЛЛОКОНИОЗЫ

(МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ ПЫЛЬ) -

БЕРИЛЛИОЗ, СИДЕРОЗ, АЛЮМИНОЗ,
БАРИТОЗ, ПНЕВМОКОНИОЗ ОТ
РЕДКОЗЕМЕЛЬНЫХ И ТЯЖЕЛЫХ
СПЛАВОВ.

4.КАРБОКОНИОЗЫ - АНТРАКОЗ,
ГРАФИТОЗ, САЖЕВЫЙ ПНЕВМОКОНИОЗ.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ

5. ПНЕВМОКОНИОЗЫ ОТ СМЕШАННОЙ ПЫЛИ

А). ПНЕВМОКОНИОЗ, СОДЕРЖАЩЕЙ СВОБОДНУЮ ДВУОКИСЬ КРЕМНИЯ: АНТРОКОСИЛИКОЗ, СИДЕРОСИЛИКОЗ, СИЛИКОСИЛИКАТОЗ.

Б) НЕ СОДЕРЖАЩЕЙ СВОБОДНОЙ ДВУОКИСИ КРЕМНИЯ ИЛИ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ЕЁ - ПНЕВМОКОНИОЗ ШЛИФОВЩИКОВ, ЭЛЕКТРОСВАРЩИКОВ И ДРУГИЕ.

6. ПНЕВМОКОНИОЗЫ ОТ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПЫЛИ - ХЛОПКОВАЯ ПЫЛЬ, ЗЕРНОВАЯ, ПРОБКОВАЯ, ЛЬНЯНАЯ.



БЫСТРОТА РАЗВИТИЯ ПК

- 1.ВИДА ПЫЛИ;**
- 2.ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЭКСПОЗИЦИИ: СИЛИКОЗ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ 5ЛЕТ, А ОСТАЛЬНЫЕ ПНЕВМОКОНИОЗЫ ЧЕРЕЗ 8 - 10 ЛЕТ**
- 3.КОНЦЕНТРАЦИИ:**
- 4.ДИСПЕРСНОСТИ ЧАСТИЦ: ОТ 2 ДО 0,5 МИКРОН САМЫЕ ОПАСНЫЕ;**
- 5.ОТ ВЕЛИЧИНЫ МОД, КОТОРАЯ ЗАВИСИТ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РАБОТЫ;**
- 6.ОТ ВОЗРАСТА У МОЛОДЫХ ПРОТЕКАЕТ ТЯЖЕЛЕЕ;**
- 7.ОТ НАЛИЧИЯ У РАБОЧЕГО ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСОБЕННО ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.**



ПАТОГЕНЕЗ

1. ВНЕШНЯЯ ЗАЩИТА - ЭТО ОСЕДАНИЕ ПЫЛИ В ПОЛОСТИ НОСА И ЕЕ УДАЛЕНИЕ ПРИ ЧИХАНИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ ПО ВЫВЕДЕНИЮ ПЫЛИ И УДАЛЕНИЮ ЕЁ С КАШЛЕМ.

2. ВНУТРЕННЯЯ ЗАЩИТА - ЭТО МЕХАНИЗМ ФАГОЦИТОЗА ПЫЛИНОК ТУЧНЫМИ КЛЕТКАМИ, ЛИМФОЦИТАМИ, КЛЕТКАМИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ЭПИТЕЛИЯ С ОБРАЗОВАНИЕМ КОНИОФАГОВ.



ПАТОГЕНЕЗ

**1. ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЫЛИ
ГИБНУТ ФАГОЦИТЫ, ПЫЛЬ
ПОПАДАЕТ В ИНТЕРСТИЦИЙ,
ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ЩЕЛИ,
ЛИМФОУЗЛЫ. ВСЛЕДСТВИЕ
ЭТОГО РАЗВИВАЕТСЯ
СКЛЕРОЗ.**



ТЕОРИИ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА

ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ
СОГЛАСНО ЭТОЙ ТЕОРИИ
СИЛИКОТИЧЕСКИЙ УЗЕЛОК -
СВОЕОБРАЗНОЕ ДЕПО АНТИТЕЛ ВОКРУГ
АНТИГЕНОВ. КОТОРЫЕ В СВОЮ
ОЧЕРЕДЬ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ВБЛИЗИ
КРИСТАЛЛОВ КВАРЦА. АНТИГЕНОМ
ЯВЛЯЕТСЯ БЕЛОК, СТРУКТУРА
КОТОРОГО ИЗМЕНЕНА В РЕЗУЛЬТАТЕ
АБСОРБЦИИ ДВУОКИСИ КРЕМНИЯ



МЕХАНИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ:

А) РАССМАТРИВАЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ КАК РЕЗУЛЬТАТ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПЫЛЬЮ, А ПЫЛЬ ДЕЙСТВУЕТ, КАК ИНОРОДНОЕ АСЕПТИЧЕСКОЕ ТЕЛО, ПОЯВЛЯЮТСЯ РЕТИКУЛИНОВЫЕ ВОЛОКНА, НЕМНОГО КОЛЛАГЕНОВЫХ, СЛАБАЯ КЛЕТОЧНАЯ РЕАКЦИЯ;

Б) ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ И ЛИМФОСТАЗ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАКУПОРКИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ ПРОТОКОВ КОНИОФАГАМИ И ПЫЛЬЮ.



ТОКСИКО-ХИМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ИЛИ ТЕОРИЯ РАСТВОРИМОСТИ

**ДВУОКИСЬ КРЕМНИЯ В ПРИСУТСТВИИ ТКАНЕ-
ВЫХ ЖИДКОСТЕЙ ОБРАЗУЕТ ХИМИЧЕСКИ
АКТИВНЫЙ РАСТВОР КРЕМНЕВОЙ КИСЛОТЫ,
КОТОРАЯ ВЫЗЫВАЕТ КОАГУЛЯЦИОННЫЙ
НЕКРОЗ ЦИТОПЛАЗМЫ И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ
РАЗВИТИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. ИМЕЕТ
ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОТОКСИЧНОСТЬ КВАРЦА,
КОТОРЫЙ ВЫЗЫВАЕТ ГИБЕЛЬ МАКРОФАГОВ С
ВЫДЕЛЕНИЕМ ЛИЗОСОМАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ
И РАЗВИТИЕМ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНЫХ
ПРОЦЕССОВ. ВЫДЕЛЯЕТСЯ И ФИБРОГЕННЫЙ
ФАКТОР**



синдром хронического бронхита

КАШЕЛЬ ОТ 1 ДО 1,5 ЛЕТ ДАВНОСТИ, СУХОЙ ИЗ-ЗА РАЗДРАЖЕНИЯ ПЫЛЬЮ СЛИЗИСТОЙ, А ЗАТЕМ С МОКРОТОЙ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ДРЕНАЖНОЙ ФУНКЦИИ И ПРИСОЕДИНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ.

НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА ЦВЕТ МОКРОТЫ, КОЛИЧЕСТВО, ЗАПАХ, СКОЛЬКО КАШЛЕВЫХ ТОЛЧКОВ НАДО СДЕЛАТЬ БОЛЬНОМУ, ЧТОБЫ МОКРОТА ОТОШЛА.

СУХИЕ ХРИПЫ, КОГДА ПРОЦЕСС ЕЩЁ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В КРУПНЫХ БРОНХАХ. ЕСЛИ ПРОЦЕСС ЗАХВАТЫВАЕТ МЕЛКИЕ БРОНХИ, ПОЯВЛЯЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ.

ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ - НЕОБХОДИМ АНАЛИЗ МОКРОТЫ.



БРОНХОСПАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1. ОДЫШКА ЭКСПИРАТОРНОГО ХАРАКТЕРА. В 50% СЛУЧАЕВ ОДЫШКА ВОЗНИКАЕТ ПРИСТУПО-ОБРАЗНО В ПОКОЕ, НОЧЬЮ И ПРОВОЦИРУЕТСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ.

2. УДЛИНЕНИЕ ВЫДОХА ПРИ ПРОБЕ НА ВЫДОХ, ПОЯВЛЕНИЕ В ГРУДИ ХРИПОВ НА ВЫДОХЕ ИЛИ УСИЛЕНИЯ ИХ В КОНЦЕ ВЫДОХА.

3. СНИЖЕНИЕ ПРОБЫ ТИФФНО (ФОРСИРОВАННОЙ ЖЕЛ) МЕНЕЕ 75%, ПРИ ПНЕВМО ТАХОМЕТРИИ МЕНЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕ ФОРСИРОВАННОГО ВДОХА И ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА (В НОРМЕ 1:1) ДО 1:2



СИНДРОМ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ.

1.ЖАЛОБЫ НА ПОСТОЯННЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ ПОД ЛОПАТКАМИ ИЗ-ЗА ОПУЩЕНИЯ ДИАФРАГМЫ И УЩЕМЛЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНОГО НЕРВА

2.ОСМОТР- ВЫБУХАНИЕ НАДКЛЮЧИЧНЫХ И ПОДКЛЮЧИЧНЫХ ЯМОК, БОЧКООБРАЗНАЯ ГРУДНАЯ КЛЕТКА. ПРИ ПЕРКУССИИ - КОРО БОЧНЫЙ ЗВУК, ГРАНИЦЫ ЛЁГКИХ ОПУЩЕНЫ ДО 11-12 РЕБРА ПО ЛОПАТОЧНОЙ ЛИНИИ, ОГРАНИЧЕНА ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ - ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ.



СИНДРОМ ДИФФУЗНОГО ПНЕВМОСКЛЕРОЗА

1. ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СНАЧАЛА НОЮЩИЕ, ЗАТЕМ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА.

2. ПРИ ОСМОТРЕ - ЗАПАДЕНИЕ И ВТЯНУТОСТЬ НАД И ПОДКЛЮЧИЧНЫХ ЯМОК, ПРИ ПЕРКУССИИ - ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА, НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ ПОДНЯТЫ, ОГРАНИЧЕНА ПОДВИЖНОСТЬ ЛЁГОЧНОГО КРАЯ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ - ЖЕСТКОЕ ДЫХАНИЕ, ВЛАЖНЫЕ ТРЕСКУЧИЕ ХРИПЫ.

3. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ БРОНХИ С УПЛОТНЕННЫМИ СТЕНКАМИ ЯЧЕИСТОСТЬ, СЕТЧАТОСТЬ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА; СИЛИКОТИЧЕСКИЕ УЗЕЛКИ, ОБРУБЛЕННОСТЬ КОРНЕЙ, ВОЛНИСТОСТЬ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ



Синдром сердечно-легочной недостаточности

1. Одышка смешанного характера
2. К вечеру больному становятся тесными туфли
3. Неприятные ощущения в правом подреберье вследствие увеличения печени.
Объективно при осмотре – цианоз губ, кончика носа, ушей, кистей рук.
Набухание шейных вен вначале в горизонтальном положении, затем в вертикальном.
Пастозность голеней, увеличение печени.



4. СНИЖАЕТСЯ ВЕЛИЧИНА МВЛ (МИНУТНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ), КОГДА БОЛЬНОЙ ДЫШИТ ГЛУБОКО И МАКСИМАЛЬНО БЫСТРО.

5. УВЕЛИЧЕНИЕ ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ЛЕГКИХ - ПРИЗНАК ЭМФИЗЕМЫ.

ОКСИГЕМОМЕТРИЯ – ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОЦЕНТА НАСЫЩЕНИЯ КИСЛОРОДОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ, ПОКАЗАТЕЛИ СНИЖАЮТСЯ. УДАРНЫЙ ОБЪЕМ СЕРДЦА ТАКЖЕ СНИЖАЕТСЯ



Дифференциальный диагноз

- САРКОКОИДОЗ (ХАРАКТЕРНА ПОЛИОРГАННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ);
- ДИФFUЗНЫЙ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ПНЕВМОФИБРОЗ – СИНДРОМ ХАМАНА-РИЧА;
- КАРДИОГЕННЫЙ ПНЕВМОСКЛЕРОЗ (ГЕМОСИДЕРОЗ);
- МИЛЛИАРНЫЙ КАРЦИНОМАТОЗ;
- ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ;
- КРУПНОУЗЕЛКОВЫЙ СИЛИКОЗ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ ЛЁГКИХ.



I СТАДИЯ

ЖАЛОБЫ НА ОДЫШКУ ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПЕРИОДИЧЕСКИЕ, КОЛЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, НЕПОСТОЯННЫЙ СУХОЙ КАШЕЛЬ. ОБЪЕКТИВНО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЭМФИЗЕМА В НИЖНЕБОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, КОРОБОЧНЫЙ ОТТЕНОК ЗВУКА, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ, МОГУТ БЫТЬ СУХИЕ ХРИПЫ.

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ - ЖЕЛ В НОРМЕ, КОМПЕНСАТОРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ МОД. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ СИММЕТРИЧНОЕ УСИЛЕНИЕ СОСУДИСТО-БРОНХИАЛЬНОГО РИСУНКА, ЕГО ДЕФОРМАЦИЯ. В СРЕДНЕЙ ЧАСТИ ЛЕГОЧНЫХ ПОЛЕЙ НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО УЗЕЛКОВ, ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО 1ММ В ДИАМЕТРЕ. ИЗМЕНЕНИЕ МЕЖДОЛЕВОЙ ПЛЕВРЫ В ВИДЕ ЛИНЕЙНЫХ ТЕНЕЙ



II стадия

1. ОДЫШКА ПРИ ХОДЬБЕ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПОСТОЯННЫЕ, СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, КАШЕЛЬ СУХОЙ ИЛИ С МОКРОТОЙ.

2. ОБЪЕКТИВНО - ЭМФИЗЕМА БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В БАЗАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ, ОГРАНИЧЕННАЯ ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО КРАЯ ЛЁГКИХ. ФВД - СНИЖЕНИЕ ЖЕЛ.



НА РЕНТГЕНОГРАММЕ УСИЛЕНИЕ СЕТЧАТОСТИ ЛЕГОЧНЫХ ПОЛЕЙ, УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА И РАЗМЕРА УЗЕЛКОВ (2-4ММ) ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СРЕДНИХ И НИЖНИХ ОТДЕЛАХ. ПРИ УЗЕЛКОВОЙ ФОРМЕ КАРТИНА НАПОМИНАЕТ ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ (КАРТИНА "СНЕЖНОЙ БУРИ). КОРНИ ИМЕЮТ ОБРУБЛЕННЫЙ ВИД. ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ В КОРНЯХ ЛЕГКИХ УПЛОТНЕНЫ. ТЕНЬ МЕЖДОЛЕВОЙ ПЛЕВРЫ СТАНОВИТСЯ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ. ПРИ ИНТЕРСТИ ЦИАЛЬНОЙ ФОРМЕ ЛЕГОЧНОЙ РИСУНОК РЕЗКО ДЕФОРМИРОВАН И УСИЛЕН, КОРНИ УПЛОТНЕНЫ, УЗЕЛКОВ НЕМНОГО ИЛИ ОНИ ОТСУТСТВУЮТ.



III стадия

ОДЫШКА В ПОКОЕ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПОСТОЯННОГО, СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ, ВОЗМОЖНЫ ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ.

ОБЪЕКТИВНО: ПРИ ПЕРКУССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЧЕРЕДОВАНИЕ ПРИТУПЛЕННОГО ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА С КОРОБОЧНЫМ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЧЕРЕДОВАНИЕ ЖЕСТКОГО И ОСЛАБЛЕННОГО ДЫХАНИЯ. ВЫЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ВИДЕ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФВД РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ ЖЕЛ, СНИЖЕНИЕ МОД И МВЛ.



При рентгенографии определяется чередование фиброза и эмфиземы, слияние узелков в крупные конгломераты, массивные плевральные спайки, утолщение междолевой плевры.



Течение силикоза.

1.РАЗЛИЧАЮТ МЕДЛЕННО РАЗВИВАЮЩИЙСЯ СИЛИКОЗ, КОГДА ДО НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОХОДИТ БОЛЕЕ 5 ЛЕТ.

2.БЫСТРО РАЗВИВАЮЩИЙСЯ С ЭКСПОЗИЦИЕЙ В 2-3 ГОДА И ДАЖЕ 6 МЕСЯЦЕВ. ВСТРЕЧАЕТСЯ У ЛИЦ ОСОБО ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ: ПЕСКОСТРУЙЩИКИ, ПРОХОДЧИКИ ТОННЕЛЕЙ, ШЛИФОВАЛЬЩИКИ ЛИНЗ.

3.ПОЗДНИЙ ПНЕВОМОКОНИОЗ ВОЗНИКАЕТ СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ КОНТАКТА С ПЫЛЬЮ.



Морфологические варианты

- УЗЕЛКОВЫЙ;
- ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ;
- УЗЛОВОЙ.



Осложнения пневмокониозов

- ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ("ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ").
- ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА.
- СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС.
- БРОНХОЭКТАЗЫ.
- РАК ЛЕГКИХ.
- ТУБЕРКУЛЕЗ.



Профилактика пневмокониозов

ОБЩЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

1. СОКРАЩЕНИЕ РАБОЧЕГО ДНЯ, 2.
УДЛИНЕНИЕ ОТПУСКОВ,

3. ПЕНСИИ ПО СТАРОСТИ – ЖЕНЩИНАМ С
45 ЛЕТ, МУЖЧИНАМ С 50 ЛЕТ, 5.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПРАВО НА
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.




Технические и сан-гигиенические

1.СНИЖЕНИЕ ЗАПЫЛЕННОСТИ ВОЗДУХА (ГЕРМЕТИЗАЦИЯ АГРЕГАТОВ, 2. МЕХАНИЗАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ, ПЕРЕХОД С СУХОГО НА МОКРОЕ БУРЕНИЕ, ВЕНТИЛЯЦИОННЫЕ И ПЫЛЕУЛАВЛИВАЮЩИЕ УСТРОЙСТВА), 3. ПРИМЕНЕНИЕ СКАФАНДРОВ, РЕСПИРАТОРОВ, СПЕЦИАЛЬНОЙ ОДЕЖДЫ



МЕДИЦИНСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

ПРОВЕДЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ
МЕДОСМОТРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРИЕМУ НА РАБО -
ТУ С ПЫЛЬЮ: 1. ВСЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА;
2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ
ПУТЕЙ И БРОНХОВ;
3. ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕ
ЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ПОРОКИ, ГБ,
ИБС); В ШАХТЫ И НА РАБОТУ ПЕСКО
СТРУЙЩИКОМ НЕ ПРИНИМАЮТСЯ ЖЕН
ЩИНЫ, А ТАКЖЕ МУЖЧИНЫ МОЛОЖЕ 18 

периодические медосмотры

ДЛЯ ШАХТЕРОВ И ПЕСКОСТРУЙЩИКОВ 1 РАЗ В ГОД, ПРИ ПОДЗЕМНЫХ РАБОТАХ В ТОННЕЛЯХ, ПРИ СУХОМ БУРЕНИИ 1 РАЗ В 6 МЕСЯЦЕВ. В ОСМОТРАХ УЧАСТВУЮТ ТЕРАПЕВТ, РЕНТГЕНОЛОГ, ФТИЗИАТР И ОТОЛЯРИНГОЛОГ. ОБЯЗАТЕЛЬНА РЕНТГЕНОГРАММА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, АНАЛИЗ КРОВИ, АНАЛИЗ МОКРОТЫ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА.



ЛЕЧЕНИЕ

- **ДИЕТА БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗОМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПОЛНОЦЕННОЙ, БОГАТОЙ БЕЛКАМИ И ВИТАМИНАМИ.**
- **ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРЕКРАЩЕНИИ КОНТАКТА С ПЫЛЬЮ.**



Патогенетическая терапия:

1. ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ , КОТОРЫЕ ЗАМЕДЛЯЮТ РАЗВИТИЕ СИЛИКОЗА, ПРЕДУПРЕЖДАЮТ АУТОЛИЗ КОНИОФАГОВ, НО ПРИМЕНЯЮТСЯ ОНИ С БОЛЬШОЙ ОСТОРОЖНОСТЬЮ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ПРИ ОСТРОМ СИЛИКОЗЕ. ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ГОРМОНЫ СОЧЕТАЮТСЯ С НАЗНАЧЕНИЕМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ИЗОНИАЗИД И ДР.). ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА 20-25 МГ В СУТКИ 10-12 ДНЕЙ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПОСТЕПЕННЫМ СНИЖЕНИЕМ. КУРСЫ 1,5-2 МЕСЯЦА.



Патогенетическая терапия

КРОМЕ ЭТОГО ВОЗМОЖНО
ИНГАЛЯЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ (БЕКОТИД,
АЛЬДАЦИН) ПО 3 ИНГАЛЯЦИИ В СУТКИ.

2. ДЕЛАГИЛ В ТАБЛЕТКАХ ПО 0,25 В СУТКИ
ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ЛИЗОСОМАЛЬНЫХ
ФЕРМЕНТОВ.

3. ПОЛИВИНИЛПИРИДОНОКСИД.

4. Д-ПЕНИЦИЛЛАМИН(КУПРЕНИЛ) ПО
0,15-0,25 ДО 1 ГРАММА В СУТКИ

5. КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ.



СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

**1..ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО
БРОНХИТА ВСЛЕДСТВИЕ
ПРИСОЕДИНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ:
АНТИБИОТИКИ ШИРОКОГО
СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ,
ОТХАРКИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА
(ТЕРМОПСИС, ИОДИСТЫЙ КАЛИЙ
3%), МУКОРЕГУЛЯТОРЫ
(АМБРОКСОЛ, АЦЕТИЛЦИСТЕИН,
КАРБОЦИСТЕИН).**



СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
2.ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ
БРОНХИАЛЬНОЙ
ПРОХОДИМОСТИ (ФЕНОТЕРОЛ,
ИПРАТРОПИУМ БРОМИД,
СОЛЬБУТАМОЛ, БЕРОДУАЛ В
ИНГАЛЯЦИЯХ И ДЛЯ
НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ),
ТЕОФИЛИНЫ В/В ИЛИ В
ТАБЛЕТКАХ.



СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

3. ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ (КОРГЛИКОН, СТРОФАНТИН, МОЧЕГОННЫЕ, ИНГИБИТОРЫ АПФ).

4. ВИТАМИНОТЕРАПИЯ (ВИТАМИНЫ ГРУППЫ В, С, НИКОТИНОВАЯ КИСЛОТА).



ФИЗИОТЕРАПИЯ

ПРИМЕНЯЕТСЯ ЛФК, УФО ДЛЯ
ПОВЫШЕНИЯ
СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА,
ИНГАЛЯЦИИ, ДИАТЕРМИЯ,
ГАЛОКАМЕРА, ГИПОКСИТЕРАПИЯ,
БРОНХОЗАЛИВКИ С
ФИЗРАСТВОРОМ И ДРУГИЕ
МЕТОДЫ.



САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

САНАТОРИИ "ГОРНЯК" С
КУМЫСОЛЕЧЕНИЕМ В СТЕПНОЙ ЗОНЕ
ВОСТОЧНОГО КАЗАХСТАНА, САНАТОРИИ
В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ И В КРЫМУ.
БОЛЬНЫЕ С СИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗОМ
НАПРАВЛЯЮТСЯ В
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ САНАТОРИИ.



экспертиза трудоспособности

ПРИ 1 СТАДИИ СИЛИКОЗА

ПРОТИВОПОКАЗАНА РАБОТА С ПЫЛЬЮ, В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ.

НЕОБХОДИМО ТРУДОУСТРОЙСТВО. ЕСЛИ ПЕРЕВОД НА ДРУГУЮ РАБОТУ СВЯЗАН СО СНИЖЕНИЕМ КВАЛИФИКАЦИИ, ТО БОЛЬНЫЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МСЭК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ И ПРОЦЕНТА УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.



МОЛОДЫМ ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 40 ЛЕТ НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПЕРЕОБУЧЕНИЯ И ПЕРЕКВАЛИФИКАЦИИ, ЧТО ПОЗВОЛИТ В ДАЛЬНЕЙШЕМ СНЯТЬ С НИХ ИНВАЛИДНОСТЬ (ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ).

II ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАРАСТАНИИ БРОНХОСПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

