Реферат:

«ПЫЛЕВОЙ БРОНХИТ»

Определение понятия.

Пылевой бронхит – это истинно профессиональное заболевание, развивающееся вследствие длительного вдыхания промышленных аэрозолей в повышенных концентрациях и характеризующееся атрофическим и склеротическим изменением всех структур бронхиального дерева с нарушением моторики бронхов и наличием гиперсекреции.

Актуальность вопроса.

Пылевой бронхит наряду с пневмокониозами в структуре профессиональных заболеваний занимает 1-2 место и делит его с вибрационной болезнью.

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ВОПРОСА.

В нашей стране в список профессиональных болезней пылевой бронхит внесен в 1970 г. В 1972 г. вышла в свет первая монография М.В.Евгеньевой и соавт., посвященная пылевому бронхиту. В большинстве стран к профессиональному генезу хронического бронхита относятся осторожно. На 66-й сессии Международной конфедерации труда (1980) хронический бронхит отнесен к группе заболеваний, для которых «весьма трудно установить причинно-следственную связь с профессиональной деятельностью»

ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫЕ ПРОИЗВОДСТВА:

литейное производство, горнорудная, машиностроительная, строительная промышленность, сельское хозяйство и др.

Потенциально опасные профессии: шахтеры, угольщики, металлурги, производители цемента, работники ткацких фабрик, зернотоков, элеваторов и др. Частота хронического бронхита в этих профессиях составляет от 12-18 до 78%.

Этиология ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

Пылевой бронхит – это полиэтиологическое заболевание. Во-первых – это высокие концентрации пыли, во-вторых – увеличение содержания в ней аллергизирующих, раздражающих и токсических компонентов.

Воздействие пыли усугубляется другими неблагоприятными производственными факторами: микроклимат, тяжелый физический труд, неблагоприятные факторы внешней среды – гелеометеофакторы, а также возраст, курение, которое потенцирует действие промышленных аэрозолей, инфекция, заболевания верхних дыхательных путей.

Патогенное воздействие пыли зависит, главным образом, от ее массы, состава и дисперсности.

На проникновение пылевых частиц в глубокие отделы дыхательных путей оказывают влияние их размеры, гигроскопичность и способность увеличиваться в объеме при поглощении влаги.

Недостаточно изучена роль генетического фактора, индивидуального строения бронхиального дерева, перенесенных острых и хронических заболеваний органов дыхания.

Мало изучена в развитии пылевого бронхита роль пыли сложного состава.

Особое значение имеет появление в связи с возрастающей химизацией в составе традиционного промышленного аэрозоля аллергизирующих примесей, изменяющих течение ранее изученной профпатологии.

Аэрозоли сложного состава оказывают разнообразное патологическое влияние на различные системы защиты бронхо-легочного аппарата: мукоцилиарный аппарат, нервно-рефлекторный аппарат, местный иммунитет, суфрактантная система и др.

ПАТОГЕНЕЗ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

В развитии пылевого бронхита значительную роль играет вызванное воздействием промышленного аэрозоля первичное нарушение эвакуаторной и секреторной функции бронхов. Имеет значение концентрация, масса, дисперсность и плотность пыли, растворимость ее в биологических субстратах.

Чем больше пыли, тем больше секреторная активность бокаловидных клеток и бронхиальных желез, → усиленная работа реснитчатого эпителия для элиминации пыли из бронхов → структурные изменения реснитчатых клеток и ресничек (укорочение, отек, фрагментация) → десквамация и замена мукоцилиарного слоя плоским эпителием → задержка секрета в просвете бронхов, изменение его состава и вязкости.

Избыток слизи и промышленная пыль раздражают туссогенные зоны бронхиального дерева, вызывает компенсаторный кашель.

В дальнейшем поражаются более глубокие слои стенок бронхов: коллагеновые, эластические и ретикулярные волокна базальной мембраны, бронхиальные железы, пучки гладкомышечных клеток. Кашель оказывается малородуктивным или неэффективным, что приводит к обтурации бронхов вязким секретом.

Длительное воздействие производственной пыли вызывает развитие нисходящего бронхита:

1. частичного (от трахеи до сегментарных бронхов);
2. частично-диффузного (то же и поражение видимых верхнедолевых бронхов);

Эти 2 формы эндобронхита развиваются при пылевом стаже менее 5 лет.

1. двусторонний диффузный эндобронхит (трахея и все видимые бронхи).

У 30-40% больных бронхоскопически выявляется:

1. «татуировка» слизистой – скопление в подслизистом слое макрофагов, заполненных пылью;
2. дистония мембранозной стенки главных бронхов;
3. дискинезия сегментарных бронхов;
4. увеличение складчатости слизистой бронхов за счет атрофии и склероза.

От сочетания этих изменений зависит степень обтурации бронхов слизью.

*Гистологически:*

1. уменьшение толщины эпителиального пласта и его рядности;
2. метаплазия мерцательного эпителия в многослойный плоский;
3. утолщение базальной мембраны;
4. гиперплазия и гипертрофия мышц и железистых элементов слизистой бронхов, сменяющаяся их атрофией.

*Элетронномикроскопические особенности:*

* при воздействии пыли льна – межклеточно, в макрофагах слизистой, в межклеточном веществе соединительной ткани – осмиофильные пучки и рыхлые островки тонких волоконец.

*Иммунный и биохимический состав секрета бронхов:*

- снижение содержания общего белка и пептидно связанной фракции оксипролина.

Обструкция при пылевом бронхите обусловлена морфологическими изменениями в трахее и бронхах и бронхоспазмом, который выявляется с помощью ингаляционной пробы с бронхолитиком салбутамолом.

*Бронхоспазм* обусловлен:

1. рефлекторной реакцией мускулатуры бронхов на воздействие пыли;
2. сенсибилизацией к аллергическим компонентам промышленного аэрозоля;
3. или/и к патогенной микрофлоре дыхательных путей.

При аллергической основе бронхоспазма развивается астматический вариант бронхита (органическая пыль с аэрозолями, содержащими вещества сенсибилизирующего действия: хром, марганец, никель и др. металлы, ликоподий, фенолформальдегидные смолы и др.).

Дополнительными факторами в развитии воспалительного процесса в бронхах при пылевом бронхите и причиной аллергизации является инфекция, главным образом, палочка инфлюэнцы и пневмококки у 85% больных. Локальное вирусное и бактериальное воспаление развивается в уже измененной под воздействием промышленной пыли слизистой, что обусловливает осложнение пылевого бронхита бронхопневмонией, инфекционно-аллергической бронхиальной астмой.

Основной причиной равития обструктивного бронхита является обтурация бронхов с трахеобронхиальной дискинезией. Склеротические изменения стенок бронхов вызывают их деформацию, а перерастяжение бронхов скопившимся секретом приводит к их перестройке и формированию бронхоэктазов.

Важное значение в развитии вентиляционных нарушений, эвакуаторной, секреторной и защитной функции бронхов при пылевом бронхите имеют:

1. пороки и аномалии развития бронхо-легочного аппарата;

наследственная предрасположенность к заболеваниям органов дыхания, например, гетеро- и гомозиготный дефицит α-антитрипсина и IgA.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

*В фазу агрессии* - увеличение секреции слизи, повышение ее вязкости, нарушение эскалаторного механизма дренажной функции бронхов, картина эндобронхита или пылевого катара бронхов.

*В фазу развернутого воспаления –* эксудация, инфильтрация и отек, некроз и гибель реснитчатого эпителия, увеличение количества инфицированного бронхиального секрета.

*В фазу разрешения* – склероз и облитерация мелких бронхов.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

Единой классификации пылевого бронхита нет.

Клинические группировки пылевых бронхитов включают выделение степени тяжести (стадии), преобладание клинического синдрома (астматический, инфекционно-воспалительный, бронхит-эмфизема) и период заболевания (ремиссия, обострение).

С учетом современных представлений о патогенезе и клинических вариантах пылевого бронхита выделяют стадии заболевания, в том числе латентную, осложнения и исходы и степень кардио-респираторных функциональных нарушений.

*Варианты пылевого бронхита*:

* *обструктивный,*
* *астматический.*

*Периоды заболевания:*

* *обострение,*
* *ремиссия.*

*Фазы пылевого бронхита:*

* *агрессии,*
* *развернутого воспаления,*
* *разрешения.*

*Стадии пылевого бронхита:*

*I –(без рентгенологических изменений),*

*II*

*III.*

*Формы воспалительной реакции:*

* *катаральная,*
* *атрофическая,*
* *склерозирующая.*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

В неосложненных случаях пылевому бронхиту присущи следующие клинические особенности:

1. Отсутствие острого начала заболевания.
2. Отставание рентгенологических изменений от клинических.
3. Скудные физикальные данные.
4. Мокроты или нет, или ее мало и она носит слизистый характер.
5. Кашель не носит упорного мучительного характера.
6. Отсутствуют признаки интоксикации: головная боль, повышенная утомляемость, общая слабость, головная боль и др.
7. Нет выраженной температурной реакции.
8. В крови отсутствуют отчетливые признаки воспаления.
9. Течение хроническое, прогрессирующее.

При осложненном пылевом бронхите клинические особенности маскируются симптомами осложнения.

При воздействии кварцсодержащей пыли развивается обструктивный бронхит с невыраженностью воспалительного процесса, быстро прогрессирующей эмфиземой легких обструктивного генеза.

При контакте с органической пылью чаще встречается астматический вариант пылевого бронхита (шахтеры, угольщики, электросварщики).

Наличие токсических компонентов (сернистые соединения, оксиды металлов, формальдегид и др.) способствует развитию инфекционно-воспалительного варианта пылевого бронхита с частыми обострениями и температурной реакцией, выделением слизисто-гнойной или гнойной мокроты, с изменениями общего и биохимического анализов крови, что напоминает хронический токсический бронхит с развитием бронхоэктазий и бронхитического пневмосклероза.

*Обтурационный синдром.* Жалобы на одышку, малопродуктивный кашель. Объективно: скудная аускультативная картина, ослабленное дыхание, наличие «немых» зон в различных отделах легких.

*Латентный период.* Жалобы на постоянный или приступообразный сухой или малопродуктивный кашель и одышку при значительных физических нагрузках, скудную слизистую мокроту. Выраженные бронхоскопические и гистологические изменения. ФВД может быть не изменена.

Приступообразный кашель обусловлен ранней дистонией мембранозной стенки трахеи и бронхов, дискинезией сегментарных бронхов, деформацией бронхиального дерева, повышенной вязкостью секрета, что затрудняет откашливание секрета.

Одышка обусловлена дискинезией мелкий разветвлений бронхиального дерева.

Острый бронхит или пневмония являются первым клиническим признаком обострения инфекционного процесса.

Обострению пылевого бронхита не свойственны яркие проявления инфекции: значительное повышение температуры тела, выделение больших количеств гнойной мокроты, выраженные воспалительные изменения в крови.

Обострение пылевого бронхита характеризуется общими жалобами на недомогание, слабость, потливость и нарастанием дыхательной недостаточности, усилением симптомов данного варианта течения заболевания.

В зависимости от тяжести различают *3 стадии пылевого бронхита:*

*I стадия.* Пылевой бронхит без выраженных функциональных расстройств и снижения работоспособности. Обострение процесса – 1-2 раза в год, периоды ремиссии длительные, симптомы минимальные. Некоторое снижение максимальной скорости выдоха, объема форсированного выдоха/ЖЕЛ и МЛВ. Бронхиальной сопротивление и артериализация крови не изменены (94-96%). Несколько снижается парциальное давление СО2 в крови.

*II cтадия.* Стойко выраженный бронхит с клиническими проявлениями одного из вариантов течения (обструктивного, астматического, обтурационного) и наличием дыхательной недостаточности. Обострения возникают 2-3 раза в год чаще в холодный период. Симптомы бронхита сохраняются и после 3-4 недель лечения. Увеличивается частота дыхания, снижается ЖЕЛ, увеличивается бронхиальной сопротивление, появляется гипоксемия и сдвиги в кислотно-основном состоянии крови. Артериализация крови снижена до 85%, парциальное дление СО2 альвеолярном воздухе и в артериальной крови умеренно повышается, кислотно-щелочное равновесие смещается в кислую сторону.

*III стадия.* Диффузная эмфизема легких, инфекционно-аллергическая бронхиальная астма, хроническая бронхопневмония, обусловленная перифокальным воспалением вокруг бронхоэктазий, диффузного бронхопневмосклероза с формированием буллезных или кистозных изменений в легких, выраженная дыхательная недостаточность, развитие хронического легочного сердца.

Артериализация крови ниже 80%. Увеличивается парциальное СО2 в альвеолярном воздухе до 55-65 мм рт. ст. и в крови, сдвиг КЩР крови в кислую сторону, нарушается сердечно-сосудистая деятельность.

ТЕЧЕНИЕ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

Пылевой бронхит всегда имеет прогрессирующее течение. Этому способствует нерациональное трудоустройство лиц с установленным диагнозом, отсутствие необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий, перенесенные острые пневмонии.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

Развитие:

1 - дыхательной недостаточности,

2 - хронического легочного сердца и легочно-сердечной недостаточности,

3 - астматического синдрома,

4 - эмфиземы легких,

5 – бронхоэктазий.

ИСХОДЫ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

Основной исход пылевого бронхита в настоящее время – развитие дыхательной недостаточности, гипертензии в малом круге кровообращения и хронического легочного сердца.

Диагностика пЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

В диагностике пылевого бронхита используются:

I. Субъективные данные (характерные жалобы).

II. Данные объективного обследования.

III. Данные лабораторных, инструментальных и функциональных исследований

*а) общих* (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов, ЭКГ кровь на RW, рентгенография органов грудной полости),

*б) специальных: обязательных:*

* *рентгенография органов грудной полости* (усиление и деформация легочного рисунка в прикорневых и нижних отделах легких, однако может быть диффузное усиление и деформация легочного рисунка, расширение и уплотнение корней легких);
* *исследование мокроты:* - общий анализ,

- на ВК,

- на элементы бронхиальной астмы,

- на атипичные клетки,

- на микрофлору,

* на чувствительность микрофлоры к а/б,
* иммунологическое исследование,
* биохимическое исследование;
* *исследование функции внешнего дыхания* (спирография, пневмотахометрия: начальные изменения имеют место уже при латентном пылевом бронхите в виде нарушения бронхиальной проходимости – ОФВ, проба Тиффно, эмфизема легких, изменение газового состава крови. При умеренном и тяжелом бронхите – МСВ < 3 л/с, ОФВ/ЖЕЛ < 65%, МВЛ<65%, ЖЕЛ<85%, учащение дыхания, значительное увеличение бронхиального сопротивления, увеличение ООЛ и функциональной остаточной емкости (ФОЕ), связанное с развитием эмфиземы легких и достигающее 50-70% ОЕЛ).
* *бронхоскопия* с биопсией бронхов, а при необходимости – трансбронхиальная биопсия легких,
* *рентгенфункциональные методы,* позволяющие оценить вентиляционные нарушения в различных зонах легких, эластичность легочной ткани, состояние реберного и диафрагмального дыхания, выявить эмфизему легких, ее выраженность и распространенность.

*При необходимости (по показаниям):*

* рентгенотомография легких,
* прицельные рентгеновские снимки легких,
* увеличенные рентгеновские снимки легких,
* компьютерная рентгенотомография, магнитно-резонансная томография легких.

*IY. Консультации узких специалистов:*

* пульмонолога,
* фтизиатра,
* аллерголога,
* онколога
* кардиолога (изучаются гемодинамические показатели малого и большого круга кровообращения, сократительная способность миокарда с помощью механокрдиографии, реопульмонографии, эхокардиографии) и др.

*Y. Данные документов* (для юридически обоснованной связи заболевания с профессией)*:*

* *копии трудовой книжки* (профессия, стаж 7-10 лет),
* *санитарно-гигиенической характеристики условий труда* (с указанием фактической (превышение ПДК обязательно) и ПДК пыли, других опасных и вредных производственных факторов, продолжительности контакта с пылью в течение рабочей смены, регулярности использования индивидуальных и коллективных средств защиты, использования оздоровительных мероприятий, проведения предварительного при поступлении на работу профилактического медицинского осмотра, регулярности проведения периодических профилактических медицинских осмотров),
* *амбулаторной карты* (учетная форма 025/У-87) с результатами предварительного при поступлении на работу и периодических профилактических медицинских осмотров, заболеваемостью и обращаемостью к врачам различного профиля за все время работы в данной профессии, отсутствие в анамнезе частых заболеваний органов дыхания.

Основными критериями профессионального генеза пылевого бронхита являются:

1. длительная работа в условиях повышенной запыленности (7-10 лет),
2. повышенная распространенность хронического бронхита у рабочих данного или аналогичного производства,
3. особенности клинического проявления заболевания (постепенное начало с длительной латентной стадией, рано развивающийся обструктивный или астматический синдром, ведущая роль диффузной обструктивной эмфиземы легких, малая выраженность бронхиальной инфекции),
4. результаты эндоскопического исследования.

Наличие заболевания верхних дыхательных путей, перенесенных пневмоний и частых ОРВИ, курение не дают оснований для исключения профессионального характера бронхита, но должны учитываться при решении вопросов диагностики и трудовой экспертизы.

Дифференциальная диагностика ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

Дифференциальная диагностика пылевого бронхита проводится с банальными бронхитами, другими заболеваниями органов дыхания, имеющими сходную клиническую т рентгенологическую картину:

* туберкулезом,
* саркоидозом,
* лифогранулематозом,
* хроническим бронхитом,
* повторяющимися (рецидивирующими) пневмониями,
* карциноматозом легких,
* диффузным фиброзирующим альвеолитом (синдром Хаммана-Ричча) и др.

*Дифференциальной диагностике помогают:*

* анамнестические данные;
* данные объективного обследования;
* данные лабораторного, инструментального и функционального исследований: - бронхофиброскопия,

- биопсия слизистой бронхов,

- трансбронхиальная биопсия легочной ткани,

- пункция лимфатических узлов корней легких,

- исследование жидкости бронхо-альвеолярного лаважа,

- специальные исследования мокроты (бактериологическое,

цитологическое, иммунологическое, бактериологическое),

- специальные аллергические пробы (реакция Пирке, Манту и др.).

- особенности клинической картины пылевого бронхита (неосложненного, см. выше);

* данные консультаций узких специалистов;
* данные документов:
* - профессионального анамнеза,
* санитарно-гигиенической характеристики условий труда,
* режима труда,
* амбулаторной карты.

Неспецифические изменения со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и других систем при длительном контакте с производственной пылью и развитии пылевого бронхита являются следствием переживаемой организмом гипоксии и условно расцениваются как отдаленные последствия пневмокониозов.

Лечение пылевого бронхита.

Лечение пылевого бронхита должно быть:

*а) индивидуальным* (с учетом стадии пылевого бронхита, рентгенморфологической картины, скорости прогрессирования, легочных и внелегочных осложнений, степени дыхательной недостаточности, вида нарушения бронхиальной проходимости, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, возраста, пола, массы тела, типа высшей нервной деятельности, акцентуации личности, материального состояния, образовательного и социального ценза, семейного статуса.

*б) комплексным* (этиологическим, патогенетическим и симптоматическим).

В лечении неосложненного пылевого бронхита упор делается на *этиологическое* (прекращение контакта с пылью) и патогенетическое лечение.

*Патогенетическое лечение* включает использование :

*А. В неосложненных случаяхпылевого бронхита:*

- *средств улучшающих дренажную функцию бронхов* (отхаркивающие, разжижающие мокроту средства);

* *снижающих давление в малом круге кровообращения* (эуфиллин и др);
* *улучшающих сердечную деятельность* (избирательно улучшающих кровоток в сердечной мышце, метаболитов сердечной мышцы, уменьшающих потребность сердечной мышцы в кислороде, антигипоксантов, антиоксидантов, при явлениях сердечной недостаточности – сердечных гликозидов).
* *витаминотерапии* (группа В, витамин С);
* *биогенных стимуляторов* (стекловидное тело, пеллоид дистилят, экстракт плаценты, продигизон, гумизоль и др.);
* *адаптогенов* (элеутерококк, китайский лимонник, женьшень, пантокрин, апилак и др.);
* УФО, УВЧ, диатермии на грудную клетку, вибромассажа грудной клетки, дыхательной гимнастики, лечебной физкультуры.

*Б. В осложненных случаях пылевого бронхита:*

* при активации специфической микрофлоры – туберкулостатические препараты;
* при активации неспецифической микрофлоры – антибиотики и сульфаниламидные препараты;
* при наличии приступов удушья – «бронхолитики»;
* при трудно купирующихся приступах удушья и выраженной легочно-сердечной недостаточности – глюкокортикостероиды;
* эндобронхиальная санация с бронхо- и секретолитиками, при необходимости с антибактериальными препаратами, нитрофурановые препараты., аспирация бронхиального содержимого, дробное посегментарное введени подогретого физиологического раствора, раствора фурагина калия 1:5000 – 100 мл при обструктивном синдроме. Дл я длительного бронхолитического и противоотечного эффекта эндобронхиально вводят 100-500 мг гидрокортизона № 10. Эндобронхиальное введение интерферона при неполном умеренном диффузном поражении бронхов (1-3 ампулы на 1 санацию). В сочетании с 30-40 мл раствора фурагина калия дает противовоспалительный эффект. Целесообразно сочетание с эндобронхиальным введением гидрокортизона. Частота санаций – от 1 раза в день до 1 раза в неделю. Курс лечения 5– 15, а при выраженном воспалении – до 20. Перерыв № мес и >. В период ремиссии - повторное лечение для закрепления эффекта.

*Санация хронических очагов инфекции.*

Лечение неспецифических проявлений длительного контакта с производственной пылью и пылевого бронхита со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и других систем также должно быть индивидуальным и комплексным: с учетом пораженного органа или системы, стадии (функциональная (обратимая) или органическая (мало или необратимая) и направлено на восстановление или частичное улучшение обменных процессов через использование средств, избирательно улучшающих кровоток в данном органе, метаболитов этого органа или ткани, витаминотерапии, биогенных стимуляторов, адаптогенов, репарантов, протекторов и др.

ПРОФИЛАКТИКА ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА.

Заключается в следующем:

1. Совершенствовании трудовых и технологических процессов (герметизация, механизация, электрификация, вынос пультов управления за пределы рабочих помещений, увлажнение воздуха и др.);

2) Качественном проведении предварительных при поступлении на работу профилактических медицинских осмотров согласно приказу № 90 от 14 марта 1996 года, приложению 1, пункт 3, и приложению 4, основная цель которых – определение профессиональной пригодности к работе в контакте с пылью.

*Обязательный состав врачебной медицинской комиссии*:

- терапевт,

* оториноларинголог,
* по показаниям - дерматовенеролог.

*Обязательные исследования при проведении медосмотра:*

* рентгенография органов грудной полости,
* исследование ФВД.

*Дополнительные противопоказания к приему на работу* в контакте с производственной пылью:

* тотальные дистрофические и аллергические заболевания верхних

дыхательных путей;

* хронические заболевания бронхо-легочной системы;
* искривление носовой перегородки;
* хронические, часто рецидивирующие заболевания кожи;

- аллергические заболевания при работе с аллергенными аэрозолями;

* врожденные аномалии (пороки развития) органов дыхания и сердца;
* гиперпластический ларингит.

1. Регулярном использовании индивидуальных средств защиты: масок, лепестков, противогазов и др.
2. Наличии, исправности и регулярном использовании коллективных средств защиты: приточно-вытяжная вентиляция и др.
3. Качественном и регулярном проведении периодических профилактических медицинских осмотров согласно приказу № 90 от 14 марта 1996 года, приложения 1, пункт 3 и приложения 4, основная цель которых - выявление начальных признаков пылевого бронхита и начальных признаков общих заболеваний, препятствующих продолжению работы в контакте с пылью.

*Частота периодических медосмотров*: в ЛПУ от 1 раза в год до 1 раза в 2 года; в центре профпатологии – от 1 раза в 3 года до 1 раза в 5 лет.

1. Оздоровлении лиц, имеющих контакт с пылью, в профилактории, пансионате, доме отдыха, группе здоровья.
2. Защите временем (исключении чрезмерно длительного стажа работы в контакте с шумом и исключении сверхурочных работ).
3. Наличии и регулярном использовании дополнительных к обеденному оплачиваемых перерывов для посещения ингалятория.
4. Регулярном использовании дополнительного питания.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПЫЛЕВОМ БРОНХИТЕ.

Правилом при определении трудоспособности больных пылевым бронхитом должно быть следующее: наличие пылевого бронхита является абсолютным противопоказанием к продолжению работы в контакте с пылью. Больной признается стойко частично утратившим трудоспособность, стойко нетрудоспособным в своей профессии, нуждающимся в постоянном рациональном трудоустройстве. При трудоустройстве со снижением квалификации и заработной платы больной направляется на МСЭК для определения процента (степени) утраты общей и профессиональной трудоспособности и III группы инвалидности по профессиональному заболеванию на период переквалификации (примерно на 1 год).

При II и чаще при III стадии пылевого бронхита возможна стойкая полная утрата трудоспособности. Больной признается полно утратившим общую и профессиональную трудоспособность, нетрудоспособным и вне своей профессии, нуждающимся в направлении на МСЭК для определения II, реже I группы инвалидности по профессиональному заболеванию и процента утраты общей и профессиональной трудоспособности.

ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ПЫЛЕВОМ БРОНХИТЕ.

При неосложненных случаях пылевого бронхита больному противопоказан труд с воздействием:

а) пыли,

б) неблагоприятных факторов микро- и макроклимата,

в) веществ раздражающего органы дыхания действия,

г) физического перенапряжения.

В осложненных случаях круг противопоказаний расширяется.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВЫМ БРОНХИТОМ.

Осуществляется согласно приказу № 555, приложению 7, схеме 4.

На диспансерный учет берутся все больные пылевым бронхитом, включая больных с начальными признаками заболевания.

Больные пылевым бронхитом находятся на диспансерном учете в ЛПУ, обслуживающем работодателя, в течение всей своей жизни.

Больные пылевым бронхитом должны ежегодно проходить курс стационарного лечения в профпатологических отделениях или в центрах профпатологии в целях предупреждения прогрессирования заболевания и развития осложнений.

Литература:

1. Паттерсон Р.Р. «Аллергические болезни», 2000.
2. Петров Р.В. «Иммунология», в 2-х томах, 1987.
3. Петров Р.В., Хасетов Р.М. «Искусственные антигены и вакцины», 1988.
4. Петров Р.В., Хасетов Р.М. «Вакцины нового поколения»// «Иммунология», №5, 1998.
5. Плейфер Дж. «Наглядная иммунология», 1994.