

9. Шехтер А.Б., Берченко Г. Н., Николаев А. В. Арх. патол., 1984, 2, с. 20.
10. Fitzgerald J., West K. Sonts Immunobiology, 1983, 165, 421.
11. Neison E. Y., Phillips S. M., Jimenez S. J. Immunology, 1982, 123, 1484.
12. Waldfogel F. A., Vandaux P., Lew P. D. Advent. Exp. Medic. Biology., 1982, 141, 663.

УДК 616.2—003.66/69—057.2(47.925)

Г. А. НАРГИЗЯН, А. М. МЕЛКОНЯН, В. С. АРМЕНАКЯН, С. Ш. ПАПОЯН,
Р. А. ФРАНГУЛЯН, Л. П. САРОЯН, Е. Г. АМИРХАНИЯН

О ПЫЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ АРМЕНИИ

Изучена распространенность пылевых заболеваний легких (силикоз, хронический бронхит) у рабочих горнорудной промышленности Армении. Отмечается преобладание начальных, малосимптомных и неосложненных форм как пылевого бронхита, так и силикоза.

За последнее десятилетие наблюдается заметное уменьшение профессиональной заболеваемости благодаря систематическому улучшению условий труда и быта рабочих [2]. Проводимые в различных отраслях народного хозяйства профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия привели к уменьшению числа больных пневмокониозами, однако заболеваемость хроническим бронхитом, в том числе пылевым, все еще продолжает оставаться достаточно распространенной [3].

В этом аспекте определенный интерес представляет изучение распространенности, особенностей клинического течения пылевых заболеваний легких у рабочих горнорудной промышленности Армении.

Исследования, проведенные на всех рудниках и карьерах (табл 1), выявили высокую степень запыленности, значительно превышающую ПДК от 6 до 36 раз ($2,0 \text{ мг/м}^3$ воздуха). Особенно высокие концентрации пыли отмечены при буровых, откаточных работах, экскавации, погрузке и дроблении руды. Характер пыли многокомпонентный и высокодисперсный. Пыль содержит различные минералы, цветные и редкие металлы, а также большой процент свободной и связанной двуокиси кремния. В пыли преобладают частицы размером до 5 мк, которые составляют свыше 80% общей массы аэрозолей.

Приведенные данные дают основание считать, что на указанных предприятиях горнорудной промышленности Армении имеется возможность развития пылевых заболеваний органов дыхания.

Состояние органов дыхания нами изучалось как в условиях производства проведением медицинских осмотров, так и детального обследования рабочих в стационаре клиники.

В течение 5 лет в клинике прошли стационарное обследование и лечение 54 больных, страдающих хроническим бронхитом пылевой этиологии, причем у 8 из них диагноз был выявлен впервые. По стажу работы больные распределялись: до 10 лет—26%, 11—15 лет—42,5%, 16—20 лет—18,5%, свыше 20 лет—13%, что указывает на преобладание

числа стажированных рабочих. Обследованные больные—мужчины в возрасте свыше 40 лет (87%).

При постановке диагноза хронического бронхита мы руководствовались формулировкой Комитета экспертов ВОЗ 1961 г. (считать бронхит хроническим при наличии двухлетней давности и ежегодных обострений в течение не менее трех месяцев).

Таблица 1

Содержание и гигиеническая характеристика пыли в воздухе обследуемых рудников

Рудники, карьеры, обогатительные фабрики	Содержание пыли в мг/м ³ воздуха	Содержание свободной двуокиси кремния в %
Каджаранский медно-молибденовый комбинат. Карьеры и дробильное отделение	1,8—29,6	14—26
Агаракский комбинат. Карьер, обогатительная фабрика	1,3—62,3	4—18
Кафанский комбинат. Рудники, карьер, обогатительная фабрика	1,0—72,0	6,3—45,6
Шамлугские медные рудники	0,3—49,1	24,14
Ахталские свинцово-цинковые рудники, обогатительная фабрика	1,0—13,3	—
Зодские рудники. Карьер, Араратская золотонизвлекающая фабрика	0,7—39,0	6,0—16,0

По степени тяжести заболевания больные были распределены на три группы. В I группу вошли 20 больных с легким течением хронического бронхита с невыраженной клинической картиной (периодический кашель с преходящими непостоянными сухими хрипами на фоне жесткого дыхания, отсутствие одышки даже при значительном физическом напряжении, а также признаков легочной недостаточности). II группу составляли 26 больных с умеренно выраженным хроническим бронхитом, симптоматология которого характеризовалась постоянным кашлем с отделением скудной мокроты слизистого, слизисто-гнойного характера, одышкой при умеренной физической нагрузке. Отмечались признаки развития эмфиземы легких и легочной недостаточности I—II степени. В III группу были включены 8 больных с тяжелым течением хронического бронхита, характеризующимся постоянным кашлем с отделением гнойной мокроты, иногда обильной в период обострения заболевания, одышкой при незначительном физическом напряжении и в покое. Объективно выявлялись эмфизема легких, пневмосклероз с развитием легочной недостаточности II—III степени, нередко легочно-сердечной с проявлением легочного сердца.

Изучение функционального состояния мерцательного эпителия слизистой оболочки носа и верхних дыхательных путей показало, что у всех больных с пылевым бронхитом уже в начальных стадиях функция мерцательного эпителия нарушена. Для начальных проявлений хронического бронхита характерны катаральные изменения слизистой верхних дыхательных путей.

Срок развития хронического бронхита в зависимости от характера профвредности, по наблюдениям нашей клиники, был различным:

при бронхите токсико-химической этиологии—7 лет, при бронхите от воздействия рудной пыли—10 лет, при бронхите от пыли строительных материалов—13 лет [6].

Детальное клиническое обследование стажированных рабочих в условиях производства предприятий горнорудной промышленности Армении было проведено на двух группах больных: I группа—больные, имеющие контакт с большими концентрациями пыли—проходчики, бурильщики, откатчики, крепильщики, забойщики, очистители забоя, горнорабочие подземных работ, машинисты электровоза и II группа—рабочие неосновных профессий (зарядчики, взрывники, электрослесари), имеющие контакт с малыми концентрациями пыли.

Как видно из данных табл. 2, хронический бронхит чаще диагностировался у рабочих I группы. Так, из 50 рабочих Шамлугского рудника пылевой бронхит был выявлен у 10 (20%).

Таким образом, в результате анализа клинических исследований 1420 рабочих основных предприятий горнорудной промышленности Армении установлено, что процент пылевого бронхита в основной группе находился в пределах 3,8—20, тогда как в группе рабочих вспомогательных профессий он был значительно ниже.

Таблица 2

Распространенность хронического бронхита в различных профессиональных группах рабочих обследуемых рудников

Карьеры, рудники	Число обследованных	Число лиц с пылевым бронхитом			
		I группа		II группа	
		абс.	%	абс.	%
Шамлугский рудник	50	10	20	1	6,5
Ахтальский рудник	141	7	5,0	—	—
Каджаранский медно-молибденовый комбинат (карьер)	652	12	6,4	6	5,2
Агаракский карьер	127	2	5,7	—	—
Кафанский медный рудник	229	15	12,6	2	5,4
Зодский рудник	241	5	3,8	2	4,0

В течение 5 лет в условиях клиники обследовались 60 больных, страдающих силикозом, причем у 10 из них силикоз был выявлен впервые. В 10% случаев выявлялся силикоз I—II стадии, в 5%—II стадии и лишь в 1,5% случаев диагностировался силикоз II—III и III стадии узелковой формы. Нередко силикоз сочетался с хроническим бронхитом и вибрационной болезнью. У большинства обследованных больных силикозом (82%) определялись лишь начальные его проявления.

Итак, результаты наших исследований [6], в основном совпадающие с данными ряда авторов [1, 4, 5], полученными на других предприятиях горнорудной промышленности СССР, свидетельствуют о значительном снижении заболеваемости пылевой патологией органов дыхания.

НИИ общей гигиены
и профзаболеваний
им. Н. Б. Акопяна

Поступила 8/11 1985 г.

ՇՆՁԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՓՈՇԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԼԵՌՆԱՀԱՆՔԱՅԻՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՐԵՐՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ ԶԲԱՂՎԱԾ ԲԱՆՎՈՐՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ուսումնասիրվել է փոշային ծագման խրոնիկական բրոնխիտի և սիլիկոզի տարածվածությունը Հայաստանի լեռնահանքային արդյունաբերության առաջատար ձեռնարկություններում դրազված բանվորների մոտ: Տարբեր հանքավայրերում հետազոտված 1420 հոգուց փոշային բրոնխիտ ախտորոշվել է հիմնական խմբերում 3,8-ից մինչև 20 % դեպքերում, օժանդակ խմբերում՝ մինչև 6,5 %:

Հարկ է նշել, որ դիտվել են հիմնականում թույլ արտահայտված բրոնխիտի դեպքեր: Վերջին 5 տարում առաջնակի սիլիկոզ հայտնաբերվել է ընդամենը 10 բանվորի մոտ, առավելապես նրա ինտերստիցիալ ձևերը առաջին ստադիայում: Մեր կլինիկայի տվյալներով նշված հիվանդությունները զարգացել են 10 տարուց ավելի փոշու ազդեցության ներքո աշխատելու դեպքում:

G. A. NARGIZIAN, A. M. MELKONIAN, V. S. ARMENAKIAN, S. Sh. PAPOYAN,

ON THE DUST DISEASES OF THE RESPIRATORY ORGANS IN WORKERS OF MINING PRODUCTION IN ARMENA

The incidence of dust diseases of respiratory organs has been studied in conditions of Armenia. The prevalence of the initial forms of these diseases with few symptoms is established.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Волкова В. М., Бродский О. Б., Топчий Р. В. и др. Гиг. труда и проф. заболевл., 1981, 1, с. 24.
2. Измеров Н. Ф. Там же, 1984, 8, с. 1.
3. Левин А. И., Блохина Л. М. Там же, 1984, 8, с. 16.
4. Лутаи А. В. Там же, 1977, 8, с. 6.
5. Монаенкова А. М., Глотова К. В., Палагушина А. И. Там же, 1982, 7, с. 22.
6. Наргизян Г. А., Азоян И. С. Ж. exper. и клин. мед. АН АрмССР, 1981, XXI, 1, с. 56.

УДК 616—006.36—053

Т. Л. ОВСЕПЯН, Л. А. ГАЛСТЯН, А. С. ВАРТАНЯН

БРЕФОСКЛЕРОПЛАСТИКА ПРИ ВЫСОКОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Предложена новая модификация склеропластических операций с использованием лиофилизированной и силиковысушенной аллобрефосклеры, что позволит стабилизировать процесс прогрессирования миопии, предотвратить возможные осложнения и повысить зрительные функции благодаря улучшению питания тканей глаза.

Высокая прогрессирующая близорукость часто приводит к снижению трудоспособности, нередко являясь причиной слепоты. Существующие