Приднестровский государственный университет им. Т.Г.Шевченко
медицинский факультет
кафедра терапии №1

РАБОТА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПОЛИКЛИНИКЕ И НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

Тирасполь,2015

УДК 614.2(072.)
ББК Р11,22я73
Р13

Составители: Соколов В.А., к.м.н., доцент, Подолинный Г.И. , д.м.н., профессор

Рецензенты : Гарбуз И.Ф, доктор медицинских наук, профессор, зав.кафедрой травматологии и ортопедии.
Раду. Г.Р, заведующий городской поликлиникой №3
г. Тирасполя, врач высшей категории.

В методических указаниях рассмотрены основные разделы работы врача поликлиники (врача общей практики, участкового терапевта, цехового врача) и указаны методы повышения эффективности его деятельности. Изложены примерные схемы планов, постановлений, программ по улучшению качества работы врача поликлиники по укреплению здоровья неработающих пациентов и рабочих промышленных предприятий. Рассмотрены отдельные звенья работы врача поликлиники на предприятии: профосмотр, диагностика профессиональных заболеваний, диспансеризация, реабилитация. Выявлены типичные недостатки проф. осмотров и диспансеризации и определены пути их улучшения. Представлена программа профилактики соматических заболеваний (СЗ) и профессиональных заболеваний (ПЗ). Представлено определение дисплазии соединительной ткани(ДСТ) и методика диагностики н- ДСТ и лиц группы риска, с целью профилактик СЗ и ПЗ при ДСТ.
Учебно-методические рекомендации предназначены для студентов медицинских институтов, врачей-интернов, клинических ординаторов, семейных врачей, цеховых врачей и участковых терапевтов.
.

Рекомендовано научно-методическим советом ПГУ

В.А. Соколов, составление, 2015

.

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие все больше внимания практического здравоохранения уделяется роли амбулаторно-поликлинической помощи населению и работе врачей общей практики в поликлинике. В основе лечебно-профилактической работы врача поликлиники (врача общей практики, участкового и цехового врача) положен участковый принцип, преимущество которого заключается в том: что он обеспечивает преемственность в наблюдении пациента одним и тем же врачам, приближает квалифицированную помощь непосредственно к работающему контингенту и позволяет выявить больных с начальными формами заболевания. Обеспечивает комплексное проведение профилактических. мероприятий, эффективной диспансеризации.

Ведущей фигурой городских поликлиник и медико-санитарных частей промышленных предприятий по организации лечебно-профилактического обслуживания населения и рабочих промышленных предприятий является врач поликлиники -участковый терапевт, цеховой врач, и врач общей практики на долю которых приходится 70% всех посещений поликлиники.

Основными разделами работы врача-терапевта в поликлинике, которые должен усвоить студент по курсу "Профессиональный заболевания и поликлиническая терапия" являются оказание не работающему контингенту и работающим промышленных предприятий квалифицированной терапевтической помощи на поликлиническом приеме и непосредственно на рабочем месте т.е на промышленном предприятии. Проведение профилактических мероприятий среди не работающих и работающих жителей участка, эпидемиологическая работа, диспансеризация, санитарно-просветительная работа. Обеспечение преемственности лечения больных на различных этапах оказания мед. помощи (поликлиника фабричный профилакторий, стационар, санаторий). Проведение врачебно-трудовой экспертизы по определению временной и стойкой утраты трудоспособности, участие в работе ВКК.

Участковый и цеховый принцип работы врача поликлиники имеет ряд очень важных преимуществ перед другими возможными вариантами организации поликлинической помощи. При средних цифрах обращаемости в течение 2 лет поликлинику посещают почти 90% всех работающих, а через 3 года работы врач близко знакомится практически с каждым рабочим своего предприятия. Это дает цеховому врачу, участковому терапевту, или врачу общей практики возможность хорошо узнать состояние здоровья не работающих жителей своего участка и работающего контингента, узнать особенности их быта, профессиональные условия, уровень санитарной культуры пациентов, что позволяет добиться высокой эффективности лечебно-профилактической работы.

Таким образом, можно выделить следующие основными разделы работы врача поликлиники (врача общей практики, участкового, цехового врача- лечение любых больных в поликлинике и на дому ,профилактические мероприятия, среди которых первое место занимают проф. осмотры и диспансеризация больных., участие в диспансеризации, обследовании и госпитализации больных, участие в экспертизе трудоспособности. работе ВКК и КВЭЖ , МСЭК, направление больных в санаторно-курортные учреждениях санитарное просвещение.

Контрольные вопросы

1. Назовите учреждение оказывающее мед. помощь работающему населению.
2. Охарактеризуйте принципы и разделы поликлинической работы цехового врача-терапевта и врача общей практики.
3. Дайте определение первичной и вторичной профилактики.
4. Как понимать термин выход цехового врача или врача общейпрактики на производство (административно-общественную деятельность врача).
5. Что такое инженерно-врачебная бригада.
6. Является ли профилактический осмотр элементом диспансеризации.
7. Является ли диспансеризация элементов вторичной профилактики
8. Перечислите типичные недостатки проф. осмотра и диспансеризации
9. Перечислите порядок установления первичного диагноза профессионального заболевания.
10. Понятие- "процент утраты профессиональной трудоспособности».
11. Как следует стимулировать здоровый образ жизни у работников промышленного предприятия.

12. Цели санитарно-просветительной работы.
13. Дайте определение эпидемиологии.
14. Является ли анализ заболеваемости с ВУТ и стойкой утратой трудоспособности методом эпидемиологического исследования на промышленном предприятии
15. Факторы риска развития ХСЗ, РЗ и ПЗ на промышленном предприятии.
16. Дайте определение группы риска ЧДБ развития СЗ и ПЗ.
17. Дайте определение дисплазии соединительной ткани и укажите методы ее диагностики, профилактики и лечения

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Разделы работы врача поликлиники (врача общей практики, участкового и цехового врача) :

1.Лечение любых больных в поликлинике и на дому .
2.Профилактические мероприятия, среди которых первое место занимают проф. осмотры и диспансеризация больных.
3. Участие в обследовании и госпитализации больных.
4. Участие в экспертизе трудоспособности. работе ВКК и КВЭЖ (ВТЭК), МСЭК.
5. Направление больных в санаторно-курортные учреждения.
6. Санитарное просвещение.

Лечебно-профилактическая деятельность врача поликлиники

Рабочее время врача поликлиники или врача общей практики делится между работой на приеме *в* поликлинике и работой на предприятии. Предусмотрены следующие расчетные нормы нагрузки: прием 5 больных в течение часа в поликлинике. Организация работы в поликлинике. Современная городская поликлиника представляет собой многопрофильное медицинское учреждение, обеспечивающее специализированную врачебную помощь. В ее состав входят одно или несколько терапевтических отделений и консультационные отделения по другим специальностям (хирургическое, ЛОР-отделение и др.). Каждое терапевтическое отделение включает несколько участковых-цеховых врачейили врачей общейпрактики. Во глазе его стоит заведующий отделением - подготовленный, опытный, стажированный врач. Поликлиническая терапевтическая помощь является самой массовой. Основной формой медицинской документации в поликлинике является медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма №-О25). При посещении больного врач определяет диагноз, предписывает лечение, обеспечивает осуществление всех необходимых дополнительных исследований и лечебных процедур. Следует четко соблюдать правила выписывания лекарственных препаратов и оформления рецептов, на что указывается в приказах МЗ и СЗ . При необходимости врач должен помочь организовать уход за больным силами поликлиники пли госпитализировать больного. Диагностически неясные больные могут быть проконсультированы на дому заведующим терапевтическим отделением и врачами других специальностей. В случае выявления на участке больного инфекционным заболеванием врач обязан заполнить и немедленно переслать в санитарно-эпидемиологическую станцию карту экстренного извещения о нем (учетная форма № 058). Кроме того, каждый такой случай должен быть зафиксирован в специальном журнале регистрации инфекционных заболеваний (форма №-060). Современное оснащение поликлиник лабораторно-инструментальными методами исследования позволяет в большинстве случаев поставить диагноз и провести лечение в амбулаторных условиях. Следует подчеркнуть, что определенным контингентам больных лекарства для амбулаторного лечения выдаются бесплатно. Бесплатное амбулаторное лечение также должно быть обеспечено инвалидам Отечественной войны, инвалидам из числа военнослужащих, ставшим инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите родины или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте, а также инвалидам из числа лиц начальствующего рядового состава органов Министерства внутренних дел , ставшим инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении служебных обязанностей. Показаниями для госпитализации терапевтических больных являются: невозможность установления достоверного диагноза с помощью методов исследования, имеющихся в распоряжении участкового врача, и особенности заболевания (его характер, тяжесть и т. д.), требующие стационарного лечения. Ближайшим помощником врача-терапевта является медицинская сестра. В ее обязанности входит: помощь врачу при приеме больных

в поликлинике; выполнение врачебных назначений на проф. осмотрах, помощь в проведении диспансеризации; ведение медицинской документации; проведение эпидемиологических обследований, прививок, контроль за осуществлением дезинфекции, помощь врачу в сан.-просветительной работе с санитарным активом участка.

Диспансеризация больных в поликлинике

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ- это профилактическое направление здравоохранения в значительной степени обеспечивается широким внедрением в практику работы лечебных учреждений диспансерного метода. Диспансеризация имеет своей целью предупреждение ХСЗ и профессиональных заболеваний путем непрерывного врачебного наблюдения за здоровыми людьми и условиями их труда, быта, путем активного выявления самых ранних стадий болезней и своевременного их лечения.

Всеобщая диспансеризация включает в себя :

1) Определение дпспансеризуемых контингентов работающих в ходе осмотров и проф. осмотров.
2) Активное выявление больных и правильная организация их учета в ходе проф. осмотров.
3) Активное систематическое наблюдение за дпспансерными лицами, комплексное лечение больных и даже патронаж на рабочем месте и на дому.

Организация общественных профилактических мероприятий. Определение диспансеризуемых контингентов представляет собой очень важную задачу, от правильного решения которой зависит успех всей диспансерной работы. По существующему положению в рабочем графике участкового врача для диспансерной работы выделяется не менее 2 ч в неделю. Диспансеризацией охватываются как больные определенными заболеваниями, так и здоровые лица. Согласно приказу министра здравоохранения , среди здоровых диспансеризации в обязательном порядке подлежат дети до 14 лет, подростки, призывники, учащиеся профессионально-технических школ, специализированных училищ, студенты высших и средних учебных заведений, работники детских учреждении, коммунальных и пищевых объектов, женщины, занятые на производстве,, лица, работающие в контакте с профессиональными вредностями, инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды труда, медицинские работники. Среди больных внутренними заболеваниями диспансеризации прежде всего подлежат страдающие ПЗ, ревматизмом, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ахилическим гастритом, сахарным диабетом, а также переболевшие болезнью Боткина и др. Для выявления лип, страдающих различными внутренними заболеваниями, существует несколько методов, например проф. осмотры. Всеобщая диспансеризация работающих и пенсионеров путем проведения массовых медицинских профилактических осмотров (проф.осмотров)

Выделяют целевые, периодические осмотры рабочих с вредными и опасными условиями труда.. Периодические осмотры проводятся раз в год и преследуют широкие цели. Они проводятся для оценки состояния здоровья определенной группы лиц и выявляют всех заболевших любой формой патологии. Периодическим осмотрам подлежат те контингенты населения, которые предусмотрены действующими приказами Министерства здравоохранения . Ими же определены периодичность осмотров, состав врачебных комиссий, цели и задачи осмотров. К прочим группам здоровых людей, диспансерно- осматриваемым цеховым врачем терапевтом, относятся в первую очередь подростки, поступающие на работу или в лица, поступающие на работу в определенные цехи и предприятия.

Выявление подлежащих диспансеризации по текущей обращаемости в поликлинику имеет особо важное значение для диспансеризации так называемого неорганизованного населения, т. с. домашних хозяек, пенсионеров рабочих мелких предприятии, не имеющих своих медико-санитарных частей и здравпунктов. Кроме того, у некоторых больших правильный диагноз выясняется только при стационарном обследовании. Вот почему участковому врачу так важно внимательно анализировать карты выбывших из стационара (форма № 266) больных его участка. Выявлению лиц, подлежащих диспансеризации, служит также внимательный анализ учетных документов регистрации заболевании. К ним относятся статистические талоны (форма № 025в), экстренные извещения об инфекционном больном (форма № 058), извещение о впервые выявленных больных (форма № 281), листы временной нетрудоспособности. Определенное значение имеет анализ смертности по участку, позволяющий оценить распространенность тех или иных болезней. Выявление среди умерших лиц, не состоявших на диспансерном учете, помогает устранить дефекты в организации диспансеризации. Очень важно, что диспансерные записи чередуются в ней с записями других специалистов. Это дает возможность участковому врачу при

очередном диспансерном осмотре составить четкое представление о том, к какому врачу по какому поводу обращался больной за последнее время. Результаты каждого диспансерного осмотра с необходимой полнотой врач записывает в амбулаторную карту . В конце каждого года врач составляет так называемый этапный эпикриз днспансеризуемого больного в двух экземплярах: первый — в карте амбулаторного больного, второй — на отдельном листе, который затем передается в статистический кабинет для централизованной обработки результатов диспансеризации и оценки ее эффективности. В этапном эпикризе кратко описывает состояние здоровья больного, проведенные за профилактические мероприятия, динамику дальнейшего течения год и течение болезни и субъективного состояния больного, данных объективного обследования, уменьшение числа обострений, снижение дней нетрудоспособности. В итоге дают опенку диспансерного наблюдения: улучшение состояния здоровья, сто ухудшение, без перемен. Эпикриз проверяет и подписывает заведующий отделением. Она существует для удобства ведения диспансерной работы и контроля за периодичностью осмотров, за посещением больных врачами, в диспансерную карту вносят паспортные данные больного, данные о предыдущих явках больного, сроки последующего диспансерного осмотра, фиксируют случаи временной утраты трудоспособности. Контрольные карты (форма№030) рекомендуется хранить в специальных картотеках в кабинете врача. Для условного обозначения каждой нозологической формы па карты можно наклеивать цветные бумажки. Карты располагают в 12 отделениях ящика в зависимости от месяца, в котором данный больной будет вызван на очередной осмотр. Ежемесячно сестра просматривает картотеку, выбирает карточки и посылает больным вызов с напоминанием о сроке предстоящего диспансерного осмотра. Врач во время осмотра делает запись в амбулаторной карте, одновременно отмечая в диспансерной карте срок следующей явки больного. Активное врачебное наблюдение: целесообразно делить всех диспансеризуемых лиц на 5 следующих групп, положив в основу этого деления степень компенсации заболевания и утраты трудоспособности: I группа — практически здоровые лица; II группа—лица с хроническими заболеваниями пли «угрожаемыми состояниями» без нарушения трудоспособности; III группа — больные с нестойкой компенсацией и сниженной трудоспособностью; IV группа — больные с нарушенной компенсацией заболевания и стойкой нетрудоспособностью; V группа — больные со стойкой декомпенсацией, нуждающиеся в систематическом лечении, а иногда и в постороннем уходе, полностью нетрудоспособные. Эта схема с некоторыми изменениями в отношении отдельных нозологических форм может служить принципиальной основой классификации дпспансеризуемых контингентов. Диспансерное профилактическое лечение выявленных больных, а также лиц, предрасположенных к определенным заболеваниям, должно быть строго индивидуализированным и проводиться по хорошо продуманному плану.

Диспансеризуемый пациент должен иметь индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий па год. Его удобно подклеить к контрольной карте диспансерного наблюдения, а в конце года, когда он выполнен, перенести в индивидуальную карту амбулаторного больного. В индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий рекомендуется включать следующие разделы:

1.В начале плана должна быть сформулирована «профилактическая задача». Например, в наблюдении за больным субкомпенсированным митральным пороком сердца с мерцательной аритмией- самым важным может быть грамотно контролируемая поддерживающая терапия малыми дозами сердечных гликозидов.

2.Следующий раздел плана должен содержать трудовые рекомендации: рациональная организация труда и быта, вопросы, связанные с рациональным трудоустройством через ВКК и ЦВКК. Возможен перевод на инвалидность, постоянную или временную, в последнем случае с указанием сроков переосвидетельствования на КВЭЖ .

3.Режим питания, характер диеты, сроки, па которые она рекомендуется, направление в диетическую столовую и т. д.

4.Занятие физкультурой и спортом, степень физической активности больного в быту и на производстве, лечебная гимнастика. Профилактическое лечение, которое должно быть комплексным, включая как назначение медикаментов, так и физиотерапию, санаторно-курортное лечение.

5. Периодичность посещения больным врача, а также врачом и сестрой больного. Здесь же указываются сроки консультаций больного другими специалистами, дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

Работа медицинской сестры. Ей поручается выполнение таких обязанностей, как ведение картотеки контрольных карт, своевременное извещение диспансеризуемых лиц об очередной

явке к врачу и контроль за их явкой, подготовка соответствующей документации к очередному посещению больным врача, выполнение назначений и рекомендаций врача, контроль за выполнением больным предписаний врача, ведение учетной документации и участие в составлении отчетов, патронаж диспансеризуемых лиц на рабочем месте. Общественно-профилактические мероприятия в системе диспансеризации планируются и проводятся участковым врачом в тесном контакте с санитарными врачами СЭС, санитарным активом участка, общественными организациями по месту работы диспансеризуемых.

В поликлинике, где диспансеризация осуществляется уже не первый год, ежегодно вычисляется процент взятых на учет больных данным заболеванием по отношению к общему количеству больных этой нозологической формой, выявленному в этом году. Для оценки активности участкового терапевта в проведении диспансеризации учитывают :

а)Количество активных посещений на одного диспансеризуемого, число активных посещений число диспансеризуемых больных .

б) Среднегодовое число лабораторных, рентгенологических исследований специальных консультаций на диспансеризуемого больного (вычисляется по отноению к общему количеству «Д» больных х на 100%. Качество и эффективность диспансеризации.

Диспансерная работа цехового врача_ терапевта непрерывно контролируется заведующим отделением. Другой формой контроля являются периодические отчеты на врачебных конференциях. Для анализа качества диспансеризации и ее эффективности можно рекомендовать следующие критерии. Оценка степени охвата населения диспансерным обслуживанием:

а) показатель охвата диспансерным наблюдением всего населения участка.

б) процент лиц, направленных в стационар, в санатории и дома отдыха, профилактории, на лечебно-диетическое лечение, переведенных на другую работу и т. д., по отношению к общему числу диспансеризуемых: число больных, направленных профилакторий деленное на общее число диспансеризуемых х 100%. Эти показатели могут вычисляться по каждой нозологической форме.

Эффективность диспансеризации

а)Количество случаев временной утраты трудоспособности на 100 диспаисеризуемых больных по каждой нозологической форме: число случаев временной нетрудоспособности деленное на число диспансеризуемых х 100%.

б)Процент диспансеризуемых, имеющих в этапном эпикризе годичную отметку «улучшение», «ухудшение», «без перемен» по отдельным нозологическим формам: число диспансеризуемых, имеющих данную отметку общее число диспансермзуемых х 100%. Для сравнительной оценки данных показателей их принято сравнивать: 1) с соответствующими показателями этой же поликлиники в предыдущие годы; 2) с соответствующими показателями других медицинских учреждений; 3) со средними показателями по городу, области, республике.

Таким образом, основными задачами работы цехового врача являются изучение и выявление факторов риска и преморбидных состояний, иммунологических особенностей больного, с целью прогнозирования и профилактики СЗ, и ПЗ. Обеспечение прикрепленных больных современными объёмом и качеством диагностических исследований, дифференцированной терапии и медицинской реабилитации. Исключение приоритетов технократии в обследовании больного, предпочтение клинике, гармоничное их сочетание. Поддержание общей и профессиональной культуры рабочего, его рабочей гигиены и диететики. Учет условий труда и быта семьи, особенно в плане профессиональных болезней и производственного травматизма.

Факторы риска и эпидемиологическая работа врача поликлиники

Сущность эпидемиологической работы цехового врача-терапевта заключается в выделении факторов риска и предупреждении возникновения ХСЗ.РЗ и проф. заболеваний, замедление их прогрессирования и облегчения больному условий для трудовой деятельности. Эпидемиология неинфекционных заболеваний - это научная основа профилактической медицины. Это учение о распространении, закономерностях естественного течения болезней, о методах профилактики о оценке их эффективности. Основные задачи эпидемиологии не инфекционных заболеваний: проспективное, длительное исследование заболеваемости и создание регистра СЗ. проф. заболеваний и их прогнозы. Изучение распространенности профессиональных и СЗ среди различных возрастно-половых и профессиональных групп. Разработка и совершенствование критериев диагностики, номенклатуры и классификации ПЗ и СЗ. Выявление факторов риска, которые способствуют возникновению и распространению ревматических и профессиональных заболеваний. Изучение инвалидности и временной утраты трудоспособности у работающих больных. Изучение наследственных и социальных факторов-предикторов заболеваний. Разработка и внедрение профилактических и реабилитационных программ с целью снижения заболеваемости, инвалидности и смертности.

Первичная и вторичная профилактика. Выявление заболеваний- ХСЗ, РЗ и ПЗ в ранних формах, и диагностиа ДСТ в массовом масштабе, возможно путем проведения сплошного, одномоментного, социального осмотра группы населения(проф. осмотра), называемого “скринингом”, т.е. ”просеиванием”. Он позволяет предположительно идентифицировать нераспознанную болезнь с помощью тестов, без больших затрат времени. Цель проф.осмотров и скрининга- изучение факторов риска, выявление больных и формирование группы риска (группу ЧДБ и\или ДСТ) по СЗ и ПЗ. Метод скрининга должен быть точен, прост, доступен, чувствителен и достоверен. Диалектическая сущность эпидемиологического метода исследования на промышленном предприятии заключается в изучении связей ХСЗ, РЗ и ПЗ с различными факторами внешней и внутренней среды, а также формировании групп риска.Факторы риска-это эпидемиологическое (этиологическое) понятие, как правило, ассоциируется с большим распространением, так и с большей вероятностью возникновения новых случаев заболеваний. Воздействие на эти факторы их контролирование в принципе могут привести к уменьшению риска развития ревматических заболеваний. В качестве факторов риска могут рассматриваться те факторы внешней и внутренней среды, которые гипотетически связаны с развитием ревматического заболевания. Это воздействие окружающей среды, в том числе производственные вредности привычки и обычаи, особенности питания, социальное положение и генетические факторы, включая ДСТ. Трудность изучения ДСТ и др. факторов риска заключается в том: что ряд из них поддается точной и достоверной оценке, если имеется сочетание и комбинация этих факторов у одного и того же обследуемого.

Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности

(ЗВУТ Проводится по отчетной форме № 016-У и является методом эпидемиологического исследования не инфекционных заболеваний. Цеховой терапевт изучает распространенность сгруппированных по системам заболеваний, расписанных по порядковым номерам от 1 до 32.Анализируя заболеваемость с ВУТ, врач сначала сравнивает количество случаев и дней нетрудоспособности в текущем году с предыдущим годом, рассчитывает продолжительность одного случая, производит подсчет количества дней и случаев нетрудоспособности на 100 работающих. Затем, когда арифметические действия по подсчету случаев и дней нетрудоспособности по больничным листкам закончены (начинающим цеховым терапевтам рекомендуется самостоятельно научиться заполнять форму № 016-У с больничных листков больных своего участка, чтобы не пропустить случаи часто, и, длительно, болеющих лиц на участке начинается непосредственно анализ заболеваемости с ВУТ с составления формы № 016-у. В качестве примера можно привести анализ заболеваемости графы №25 формы 016-У. В графе № 25 заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА) и соединительной ткани, отмечается тенденция к росту заболеваемости с ВУТ в днях (на столько-то) и в случаях (на столько-то) по сравнению с тем же периодом прошлого года. Это отмечается в абсолютных цифрах и в подсчете на 100 работающих. Количество дней, делится на количество работающих и умножается на 100. Отмечается также и продолжительность одного случая заболевания (количество дней делится на количество случаев по данной графе). После констатации факта роста заболеваний, необходимо указать причину роста заболеваемости. Например, одной из причин роста заболеваний могут быть неблагоприятные условия труда в цехе. Наличие сквозняков, отсутствие застекленных окон в зимнее время, недостаточная работа отопительных батарей, что приводит к понижению температуры воздуха, к переохлаждению организма в процессе работы и возникновению заболевания ОДА.

Чаща это возникает в холодное время года и особенно в понедельник и вторник, когда рабочие приходят в не отапливаемые в выходные дни (субботу и воскресенье) промышленные помещения и простужаются. Затем врач должен внести предложения о том, что необходимо сделать, чтобы снизить рост заболеваемости с ВУТ по той или иной графе заболеваний формы № 016-У. В данном конкретном примере необходимо предложить администрации не выключать отопление в цехах на выходные дни и инженерам по технике безопасности контролировать температурный режим в цехах и бороться со сквозняками. После этого рекомендуем выделить и другие причины роста заболеваний ОДА. Возможно это произошло из-за роста количества острых люмбалгий, из-за синдрома боли в нижней части спины. В таком случае рекомендуем повторную аттестацию рабочих мест в том цехе или участке, где больше всего зарегистрировано случаев этого заболевания. Эргометриические показатели тяжести физического труда, занесенные в паспорт каждого рабочего и в паспорт цеха, могут помочь врачу разработать рекомендации к администрации цеха по улучшению санитарно-технических условий труда именно на данном участке или в данном конкретном цехе. Например, максимально механизировать процесс “валки” кип ткани весом 200 кг, а не производить вручную одним транспортировщиком или помощником мастера ткацкого цеха. Увеличение количества обслуживания ткацких станков в цехе ткачихами по отношению к нормативам ГОСТа, с целью

получения сверх прибылей, приводит к перенапряжению мышц, суставов, позвоночника и росту заболеваний опорно-двигательного аппарата. В данном случае врач должен вынести обсуждение этого вопроса на заседание врачебно-инженерной бригады ткацкого цеха и отстоять гигиенические нормативы. Проанализировав, таким образом, все 32 графы формы №016-У и внеся конкретные предложения по каждой графе нозологических форм заболеваний, в конце анализа формы 016-У, делается общий вывод по заболеваемости по 30 и 32 графам и суммируется итог общего количество дней и случаев за год. В конце делается общий вывод, и вносятся вышеперечисленные суммированные предложения по первичной и вторичной профилактике роста заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Например, предложения могут касаться не только администрации предприятия и инженеров по технике безопасности, но и, промышленного отдела городской СЭС, которым может быть предложено, замерить уровень шума скорости ветра, температуры и запыленности в том или ином цехе.

Административно-общественная деятельность врача поликлиники

Регулярное посещение цехового участка и участие в работе профкома, разработки коллективного договора трудового коллектива с администрацией и в работе инженерно-врачебной бригады (ИВБ.) цехового участка. Цель создания ИВБ - совершенствование мероприятий по первичной профилактике, уточнение факторов риска у работающих и борьба с уже сформировавшимися факторами риска лиц без признаков заболевания, т.е. работа с “угрожаемыми” группами работающих. Сюда входит контроль за санитарно-гигиеническими нормативами и предельно-допустимыми концентрациями вредных и опасных производственных факторов, паспортизация рабочего места, рациональное трудоустройство по справкам ВКК, организация и проведение смотров, распределение льготных путевок в заводской профилакторий. Примерный план работы ИВБ - представлен в приложении.

В содержании организационной работы цехового врача входит: административно-общественная деятельность - это работа цехового врача на производстве, в цехе, в профкоме, в отделе, на стройплощадке по организации превентивной профилактической работы, т.е. первичной профилактики, а именно:Работа по разработке пунктов коллективного договора на профсоюзной конференции трудового коллектива предприятия (с профкомом предприятия, администрацией).-Организация работы инженерно-врачебной бригады по паспортизации рабочего места, улучшение условий труда и быта, рационального трудоустройства, распределение путевок в профилакторий.-Контроль за работой санитарного актива цехов, подразделений гражданской обороны и работой цеховой медсестры.-Контроль за работой фельдшерского здравпункта и доврачебным круглосуточным кабинетом скорой помощи.-Участие и контроль в работе реабилитационного отделения местного профилактория.-Проведение профосмотров и осмотров при приеме на работу.-Организация и проведение диспансеризации.-Выделение факторов риска, группы риска по ПЗ и РЗ-Анализ заболеваемости в ВУТ, инвалидности и смертности, анализирование проделанной работы один раз в конце года.-Санитарно-просветительная работа.

Санитарно и просветительная работа врача поликлиники

Различают следующие разделы лечебной работы: санитарно и просветительная работа при приеме в поликлинике и на рабочем месте при дипансерном наблюдении за работающими, страдающими хроническими заболеваниями, при оказание медицинской помощи при травмах и профессиональных отравлениях на производстве.. Пропаганда медицинских и гигиенических знаний является не только моральным долгом каждого медицинского работника, но и прямой служебной обязанностью. В месячном бюджете рабочего времени цехового врача этой работе отводится 4 часа. Гигиеническое обучение рабочих и служащих(вводный санитарный инструктаж, курсовое целевое обучение рабочих) применительно к их профессии, вопросы санитарного просвещения в системе повышения квалификации на предприятии - курсы, семинары для рабочих, мастеров, инженерно-технических рабочих и организация и проведение занятий дружин по курсу “Гражданская оборона”При проведении санитарно-просветительской работы могут, применены следующие формы и средства: индивидуальные и групповые беседы, лектории и “университеты здоровья” при ЖЭКах, вечера вопросов и ответов, радиожурналы. В проведении сан. просвет. работ с работниками предприятий большую помощь врачу оказывает санитарный актив, который должен быть организован в каждом цехе из сан.дружинниц гражданской обороны или так называемых “легкотрудниц”, рабочих по состоянию здоровья переведенных на легкий труд. Работу с санитарным активом ведет цеховая медсестра под руководством цехового врача.

Санитарно просветитедьная работа заключается в том, чтобы научить рабочих технике безопасности и здоровому образу жизни : сбалансированному раздельному питанию, отказ от спиртных напитков, сигарет и наркотиков и др.

Лечебно-реабилитационнаяй работа врача поликлиники

Участие в лечебном процессе. Диспансеризация. Реабилитация больных согласно методике централизованного диспансерного контроля. Первичное установление диагноза при подозрении на профессиональное заболевание и правильное направление в центры профессиональной патологии (план реализации лечебно-оздоровительных мероприятий на предприятии предствлен в прилежании) .

Таким образом, проанализировав все задачи цехового врача-терапевта на промышленном предприятие, можно придти к выводу, что мероприятия по первичной и вторичной профилактике проф. заболеваний должны постоянно планиоваться, контролироваться, анализироваться, совершенствоваться и этот гибкий механизм возможен лишь при условии планомерного выполнения всех разделов деятельности цехового врача-терапевта, согласно помесячного плана работы. Только при этих условиях можно добиться поставленной цели - предупреждение возникновения ХСЗ, РЗ и ПЗ замедление их прогрессирования и обеспечение больному адекватных условий для продления сроков трудовой деятельности .

Профилактическая работа врача поликлиники

_ Главными видами профилактической работы цехового врача являются мероприятия по осуществлению комплекса первичной и вторичной профилактики. Концепцию государственной профилактики можно представить в виде схемы (приложение 1.) Согласно этой концепции под *первичной профилактикой* понимают комплекс государственных, экономических, социальных, производственных, медико-санитарных мероприятий направленных на сохранение здоровья и, предупреждения заболеваний работающих.

Вторичная профилактика - это комплекс медицинских, медико-санитарных мероприятий, направленных на восстановление здоровья, нарушение которого произошло в результате воздействия профессиональных факторов или острого, а также хронического соматического заболевания, или при получении травмы. Схема профилактики на промышленном предприятии представлена в виде примерного комплексного плана санитарно-оздоровительных и предупредительных мероприятий представлена в приложении 2. В соответствии с задачами вышеуказанной схемы, профилактическая и лечебная работа цехового врача представлена в виде плана работы на год (приложение 3,4) .

Метод профилактических осмотров и диспансеризация позволяют выявить те заболевания, которые встречаются у рабочих, связанных с профессиональными вредностями. Основными принципами диспансеризации изложены в приказах минздрава, которые предусматривают: 1.Раннее выявление и учет заболеваний. 2.Диспансеризация больных 3.Активное лечение с использованием стационара, дневного стационара при поликлинике или заводском профилактории сан.-курортного лечения.

Основными недостатками диспансеризации вообще и профосмотров в частности, является ее незавершенность, когда наблюдение практически закан чивается на регистрирующем этапе. Такое положение подрывает все существующие основы диспансеризации и профосмотров, как медико -социального процесса.

Основные недостатки профосмотров

1)Не проводится полная оценка состояния здоровья работающих по итогам профосмотра и наблюдение практически заканчивается на регистрирующем этапе и взятии больного на «Д» учет.

2)Не составляется план-график реализации индивидуальных диагностических и лечебных мероприятий в поликлинике с привлечением отделения реабилитации фабричного профилактория. 3)Не полный охват декретированных контингентов по вине администрации предприятия. Не всегда проводятся комплексно в соответствии существующими приказами МЗ.-Констатируется низкая популярность среди рабочих и медицинских работников осмотров ввиду отсутствия страховой медицины, страховых полюсов, поэтому больные часто отказываются от проф.осмотров.

4)Слабая научная база профилактических осмотров. отсутствуют данные о паспортизации рабочего места каждого работающего с вредными условиями труда: ПДК вредных производственных факторов (уровень шума, вибрации, запыленности, влажности, температуры, скорости ветра и др.).-Не определена оценка характера статико-механических нагрузок (длительная ходьба, работа, стоя, стереотипные движения, поднятие тяжести, наклоны туловища - эргометрические показатели). Практические рекомендации по проведенюя диспансерных и профилактических смотров:

1)Необходимо усовершенствовать форму проведения профосмотров системой “скрининг”- анкета + лаборатория + УЗИ+Р-графия+ЭВМ(компьютерная обработка данных и\или диагностика)+ осмотр цехового врача +_ осмотр врача специалиста+осмотр профпатолога.

2)Шире использовать санитарный актив для анкетирования работающих до самого осмотра

3)Шире использовать научный потенциал мед.вузов и университетов с привлечением работников кафедр терапии, проф. болезней и международные стандарты и критерии диагностики ХСЗ\, РЗ и ПЗ при анализе итогов проф осмотров.

4) Использовать данные методические рекомендации и методику централизованного диспансерного контроля с дообследованием пациентов в профильных стационарах и липрофилакториях

Постановка диагноза профессиональное заболевание

Профессиональная патология – это часть клинической медицины, изучающая вопросы этиологии; патогенеза, диагностика, лечения и профилактики профессиональных заболеваний (ПЗ). К ПЗ относятся такие заболевания, которые обусловлены воздействием неблагоприятных факторов производственной среды. ПЗ тесно связаны с гигиеной труда. По этиологическому принципу выделяют следующие группы профессиональных болезней. 1.Обусловленные воздействия производственной пыли (пневмоканиозы, пылевой бронхит). 2. Обусловленные воздействия физических факторов производственной среды (вибрационная болезнь, поражения, вызванные воздействием интенсивного шума, различных видов излучений, высоких и низких температур внешней среды и др.). 3.Обусловленные воздействиям химических факторов производственной среды (различные острые и хронические интоксикации). 4)Обусловленные воздействием биологических факторов. 5)Профессиональные болезни, связанные с перенапряжением отдельных органов и систем (заболевание опорно-двигательного аппарата, периферических нервов и мышц и СЗ.

Профпатология – изучает влияние вредных факторов производственной среды на состояние здоровья работающих, возникновение у них профессиональных заболеваний, обусловленных гигиеническими параметрами, тяжестью и напряженностью трудового процесса, а также влияние на развитие и течение общих заболеваний. К профессиональным болезням относятся также заболевания, в развитии которых решающая роль принадлежит воздействию вредных и опасных производственных факторов. ПЗ заболевания бывают острыми или хроническими. К острым профессиональным относятся заболевания, которые развились в результате однократного непродолжительного воздействия (часов, дней) вредных и опасных факторов и развитием при этом соответствующей клинической картины. К хроническим ПЗ относят такие формы заболеваний, которые возникли в результате продолжительного (недель, месяцев, лет) воздействия вредных и опасных факторов производственной среды. Развитие профессионального заболевания возможно спустя длительное время после прекращения работы в условиях воздействия опасных факторов производственной среды (силикозы, бериллиоз, папилломы мочевого пузыря и др.).

К профессиональным заболеваниям могут быть отнесены также болезни, развившиеся на фоне другого профессионального заболевания (например, рак легких на фоне асбестоза, силикоза, профессионального бронхита -проф. заболевание вызывает ухудшение течения непрофессионального (общего) заболевания, то причина потери трудоспособности должна считаться профессиональной. Диагноз острого профессионального заболевания (интоксикации) может быть установлен врачом любого профиля с последующей обязательной консультацией специалиста по профпатологии и врачом по гигиене труда. Острое профессиональное заболевание (интоксикация) может возникнуть внезапно, после однократного (в течение не более одной рабочей смены) воздействия относительно высоких концентраций химических веществ, содержащихся в воздухе рабочей зоны, а также уровней и доз других неблагоприятных производственных факторов.

При заболеваниях инфекционной природы (вирусный гепатит, бруцеллез, сибирская язва, клещевой энцефалит, туберкулез и др.) связь заболевания с профессиональной деятельностью больного устанавливает врач-эпидемиолог, проводящий эпидемиологическое расследование случая инфекционного заболевания в очаге заражения.

Окончательное решение вопроса о диагнозе ПЗ (острого или хронического) имеют право только специализированные лечебно-профилактические учреждения\. Центральные врачебно-консультативные комиссии(ЦВКК), республиканские и иные центры профпатологии, созданные согласно приказа министерства здравоохранения. Право на установление степени нарушения фактической трудоспособности предоставляется медико-санитарным или врачебно-трудовым экспертным комиссиям, которые выдают заключение не только о трудоспособности, но и рекомендации о прекращении работы в определенных производственных условиях, о рациональном трудоустройстве без снижения квалификации и заработка. Контроль за установлением наличия профессионального заболевания, правильном применении списка профессиональных заболеваний и инструкций, возлагается на министерство здравоохранения, городские отделы здравоохранения, врачебно-санитарные управления министерств и ведомств. Основным документом, который

регламентирует установление диагноза профессионального заболевания, его связи с выполняемой работой или профессией, решении вопросов экспертизы трудоспособности, медицинской и трудовой реабилитации, а также рассмотрение вопросов, связанных с возмещением предприятиями, учреждениями, организациями материального ущерба, причиненного рабочим и служащим в повреждении здоровья, является список профессиональных заболеваний. В список включены профессиональные заболевания, которые вызваны исключительно действием неблагоприятных производственно-профессиональных факторов (пневмокониозы, вибрационная болезнь, интоксикация химическими веществами, физическими факторами и др.), а также ряд таких заболеваний, в развитии которых установлена причинная связь с воздействием определенного неблагоприятного производственно-профессионального фактора и исключено явное влияние других, непрофессиональных факторов, вызывающих аналогичные изменения в организме (бронхит, аллергические заболевания, катаракта и др.). В соответствующих графах списка приводится лишь примерный перечень работ и производств, а также этиологических факторов, вызывающих болезнь. При решении вопроса о том, является ли данное заболевание профессиональны, следует исходить из особенностей клинических проявлений заболевания, выполняемой работы, характера этиологического фактора, стажа работы, санитарно-гигиенических условий рабочего места и производства в целом, подтвержденных соответствующими документами. Если на производстве не проводилось исследование производственной среды на наличие неблагоприятных производственно-профессиональных вредных и опасных факторов, то это не является препятствием к установлению диагноза профессионального заболевания. К профессиональным заболеваниям могут быть отнесены также болезни, развившиеся на фоне другого заболевания (например, рак легких на фоне асбестоза, силикоза, профессионального бронхита или проф. заболевания). Важную роль в возникновении проф. заболеваний у рабочих промышленного предприятия играют производственные и профессиональные факторы

. В условиях предприятия на работающих воздействуют следующие производственные факторы: пыль, шум, вибрация, повышенная искусственная влажность ткацких цехов , анилиновые красители, шлихта, каустик, соляная кислота, длительное вертикальное положений о частыми наклонами, с подъемом тяжести и стереотипно повторяющимся движениями. Все эти факторы при совместном воздействии на организм могут быть причиной снижения иммунитета и развития профессиональных заболеваний (ПЗ) и многих соматических болезней, несмотря на то, что каждый в отдельности из этих факторов не превышает предельно допустимые концентрации (ПДК). В последнее время достигнуты определенные успехи в разработке новых методов диагностики, профилактики и лечения ПЗ, включая и иммунокоррегирующую терапию. Все больше внимания исследователи уделяют эпидемиологии хронических неинфекционных и ПЗ. Производственные факторы повышают риск развития ПБ. Отсев по состоянию здоровья из профессиональных групп (смена рабочих мест, трудоустройство, увольнение по состоянию здоровья, выход на инвалидность, выход на пенсию, смертность, создает «эффект здоровых рабочих» , которые представляют собой “выжившую популяцию”, менее чувствительную к действию неблагоприятных факторов. Лечение данной «популяции» д.б. комплексным.

Особого внимания цехового врача требует работа с работниками, у которых подозревается профессиональное заболевание, установление диагноза “Профессиональное заболевание” - вопрос трудоемкий и очень щепетильный, который необходимо решать только со специалистом профпаталогом, учитывая производственные факторы , профмаршрут, заключение врача СЭС и не исключаяь социально-бытовые факторы (например, при прфессиональном остеохондрозе необходимо выяснить в анамнезе наличие радикулита о корешковым синдромом , полученный во время работы на собственной даче). *Сложность постановки профессионального заболевания* состоит в том, что в клинической картине не всегда наблюдаются различие в течение профессионального и непрофессионального заболевания и цеховые врачи на первых порах делают много ошибок, склоняясь в сторону гипердиагностики или гиподиагностики профессиональных заболеваний. Поэтому цеховым терапевтам и врачам любой специальности необходимы знания медицинской помощи рабочим промышленных предприятий для осуществления санитарного надзора, предупреждения возможного действия факторов производственной среды на организм с учетом факторов социальной среды для постановки диагноза ПЗ. О всех случаях острых, впервые выявленных хронических профессиональных заболеваний или подозрении на профзаболевание, врач, установивший диагноз, должен направить извещение в СЭС (санэпидемстанцию). Но перед этим врач должен правильно оказать первую помощь при остром проф. отравлении и знать принципы оказания этой помощи и механизм действия всех антидотов.

В направлении к профпатологу и на ЦВКК в амбулаторной карте (истории болезни) необходимо отразить следующие разделы:

1)Паспортная часть - место работы, профессия в момент обращения, общий стаж работы с профессиональной вредностью -т.н проф.маршрут.

2) Жалобы и история заболевания.-Анамнез жизни и подробно профессиональный анамнез, а также профессиональный маршрут и выписку из трудовой книжки:

а) перечисление профессий с указанием стажа, охарактеризовать условия труда и вредные факторы. При этом следует указать индивидуальные и коллективное меры защиты (респираторы, спецодежда и т.д.), отразить продолжительность рабочей смены, перерывы на обед;

б) проводимые медицинские осмотры и их результаты; в) заключение санитарно-промышленного врача о гигиенической характеристике рабочего места(паспорт рабочего места).

3)Сформировать на ЦВКК по профпатологии поликлиники медицинское заключение:

а) развернутый клинический диагноз;

б) профессиональный маршрут, подтверждающий возможность развития профзаболеваний. - Данные лабораторно-инструментальных методов исследования.

В)Направление в клинику проф.заболеваний или в отделение профпатологии, имеющим право установить связь заболеваний с условиями труда и определять профессиональный характер заболеваний.

Таким образом, окончательный учет профессиональных заболеваний врачами цеховых терапевтических участков должен вестись на основании окончательных диагнозов установленных только этими компетентными организациями.

Признание заболевания профессиональным и определение степени инвалидности не всегда означает, что оно связано с нарушением общей трудоспособности. Степень утраты трудоспособности профессиональной определяет КВЭЖ, где определяют группу инвалидности и\или процент утраты трудоспособности.

Профессиональная трудоспособность - это способность к труду по своей профессии или равной ей по квалификации и оплате. Количественно процент утраты определяется в зависимости от степени выраженности нарушения функции поврежденного органа: 100% утрата профтрудоспособности, когда не возможен труд даже в специально созданных условиях; 70-100% когда можно выполнять работу лишь в специально созданных условиях; 20-60% при потере трудоспособности по основной профессии, но при возможности выполнять другие виды работ, более низкой квалификации; до 20% когда нет оснований для установления группы инвалидности, связи с профессиональными заболеваниями, но по состоянию здоровья потерпевший нуждается в предоставлении ему незначительных ограничений в труде или в трудоустройстве.

Цеховый врач дролжен знать показания для направления больных на группу инвалидности: Классификация категорий жизнедеятельности (г.Москва, МСЭК *1998г.).*_1. Способность к самообслуживанию :а) удовлетворение основных физиологических потребностей.б) выполнение повседневной бытовой деятельности в) выполнение навыков личной гигиены.2. Самостоятельное передвижение;а) самостоятельное перемещение в пространстве. б) самостоятельное преодолевание препятствий в) сохранение равновесия тела. 3. Способность к обучению:а) восприятие и воспроизведение знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.)б) овладение навыками и умениями (социальными, бытовыми). 4. Способность к трудовой деятельности: а) способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями: содержание работы, объем работы, условия выполнения работы. 5. Способность к ориентации; а) способность к определению во времени б) способность определяться в пространстве.6. Способность к общению.а) способность к установлению контактов между людьми путем: восприятия информации, переработки информации и передачи информации. 7. Способность контролировать свое поведение: а) пособность к осознанию себя. б) способность к адекватному поведению (с учетом социально-правовых норм). Итак, основаниями для определения инвалидности являются: нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма вследствие заболевания, последствий травмы или дефектов развития(4 степени тяжести). Ограничение жизнедеятельности (7 видов+ по 3 степени тяжести). Необходимость осуществления мер циальной защиты. P.S. Наличие одного признака недостаточно для установления инвалидности.

Лечебно -профилактические мероприятия

Осуществление ряда запланированных лечебных и профилактических мероприятий (рациональное трудовое устройство, санитарно-курортное лечение, улучшение условий труда и быта и т.д.) требует от врачей постоянных деловых связей с администрацией и профсоюзной организацией. Рациональное

трудоустройство может заключаться не только в переводе на другую работу, но и в улучшении санитарно-гигиенических и психофизических условий труда на прежнем месте, а также в изменении его технических и организационных условий. Зачастую при этом слабо используется потенциал специализированных служб промышленного предприятия (лаборатория НОТ, промэстетики, служба охраны труда и техники безопасности, промышленно санитарной лаборатории, информационно-вычислительных центров, социологической службы и др.). Широко должны использоваться заводские базы отдыха и санаторий-профилакторий. В качестве форм взаимодействия в этих вопросах сегодня успешно используется аттестация рабочих мест, инженерно-врачебные бригады, цеха здоровья.- Примером совместных организационных форм работы рекомендуем использовать работу инженерно-врачебных бригад, по вопросам :Аттестация рабочих мест и их паспартизация; Контроль за предельно-допустимыми концентрациями вредных профессиональных факторов (шум, пыль, вибрация, микроклимат и др.); Выработка практических рекомендаций по вопросам улучшения условий труда и рационального трудоустройства. Перечисленные формы работы называют превентивными мероприятиями. Они придают совместным действиям медицинских работников, администрации и общественных организаций- упорядочность, плавность, конкретность, оперативность и правовое обоснование. Но не все зависит от этих совместных усилий, многое зависит от гигиенического поведения рабочих. Следующим элементом первичной профилактики является обучение рабочих и диспансируемых - здоровому образу жизни. В этой связи рекомендуется стимулировать здоровый образ жизни добавлением 3-4 дней к профсоюзному отпуску тем работникам, кто не курит, не пьет, за год ни разу не был на больничном листе, регулярно является на диспансерные осмотры.- Но иногда можно встретиться с диаметрально противоположным явлением, когда даже врачи зачастую не знакомят диспансерных больных с индивидуальным планом лечебных, оздоровительных и профилактических мероприятий, не говоря уже о работе с пациентом по воспитанию ответственности к здоровью всех и своему в частности.

Таким образом, реализация плана лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению ПЗ включает:-знакомство всех диспансерных контингентов с индивидуальным планом лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий;- убеждение их в необходимости и полезности эти мероприятий;-совместное обследование и реализация медработниками, администрацией, профсоюзными планово-оздоровительных и реабилитационных мероприятий в санатории и профилактории;-широкое использование потенциала специализированных служб;постоянный контроль за ходом выполнения плана-заседания ВИБ (I раз в квартал).

Профилактику и лечение профессиональных заболеваний и СЗ рекомендуем проводить в заводском санатории-профилактории два раза в год. Этот медико-восстановительный центр является универсальным лечебным и оздоровительным учреждением.

Лицам с ПЗ или с подозрением на ПЗ, трудоустроенным на легкий труд и работающим уже без проф. вредностей, но состоящим на диспансерном учете- рекомендуется весной и осенью по льготным путевкам профкома проводить профилактические курсы витаминной, иммунокоррегирующей и рассасывающей терапии (витамины гр. В. С. Д, рыбий жир, аминокислоты, дибазол, рибомунил, жень-шень. физиопроцедуры, барокамера, УФО облучение слизистой зева и носа, саунотерапия с риносинобронхиальной санацией, спелеотерапия, лазеротерапия с и обязательной лечебной физкультурой и\или аккопунктурой, а группе риска ЧДБ с ДСТ необходимы два курса лечения препаратами магния и аминокислотами(см.приложение 7).

В структуре заболеваемости с временной нетрудоспособностью заболевания органов дыхания, включая ОРЗ и ангины занимают 1 место, а заболевания ОДА (ревматические заболевания)(РЗ), остеоартроз, остеохондроз, люмбалгии и др.)-занимают второе–третье место и составляют основную часть группы риска ЧДБ(часто и длительно болеющих), треть которых составляют группу дисплазии соединительной ткани(ДСТ), ассоциированной с СЗ, РЗ и ПЗ. Поэтому группе риска ЧДБ и группе риска ДСТ, также необходимо производить лечебно - профилактические мероприятия в санатории-профилактории два раза в год по льготным путевкам профкома.

Наследственные нарушения соединительной ткани (ННСТ)-это гетерогенная группа моногенных заболеваний, обусловленных генетическими дефектами синтеза и/или распада белков внеклеточного матрикса, либо нарушением морфогенеза соединительной ткани. В основе развития ННСТ лежат мутации генов, ответственных за синтез или распад компонентов экстрацеллюлярного матрикса СТ. Сегодня известна большая группа моногенных ННСТ, сопряженных с мутацией генов белков внеклеточного матрикса(1).

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) (dis — нарушения, plasia — развитие, образование СТ в органах) — нарушение развития СТ в эмбриональном и постнатальном периодах, генетически детерминированное состояние, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества СТ, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и

организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогредиентным течением, определяющее особенности течения ассоциированной патологии(включая РЗ), а также своеобразие фармакокинетики и фармакодинамики лекарств (Нечаева Г.И, Викторова И.А, Яковлев В.М и др.)(2,,4,,6). ДСТ—это наследственные нарушения соединительной ткани мультифакториальной природы, объединенные в синдромы и фенотипы на основе общности внешних и/или висцеральных признаков и характеризующиеся генетической неоднородностью и многообразием клинических проявлений от доброкачественных субклинических форм до развития полиорганной и полисистемной патологии с прогредиентным течением. Дисплазия соединительной ткани, как термин применительно к соединительной ткани(СТ) предложен Beighton P. (1983,1998), как результат клинических проявлений нарушения синтеза и функционирования производных коллагеновых и эластических белков.

Общеизвестно деление ННСТ на моногенные, синдромные и ДСТ (синдромоподобные, фенотипы, синдромы и неклассифицированную форму ДСТ) .

На практике чаще встречаются клинические признаки ДСТ, к которым относятся внешние симптомы: лицевые, видимые на глаз, малые аномалии развития (МАР) готическое небо, искривление носовой перегородки, «заячья губа», «волчья пасть» и др.) и внутренние, висцеральные проявления: спланхноптоз, врожденные деформация скелета (грудной клетки, позвоночника, конечностей и др.), слабость связочного аппарата стопы и позвоночника (weaknes), деформация желчного пузыря, трахеобронхиальная дискенезия, варикозная болезнь, НЦД, аневризмы сосудов, ассоциированные с ДСТ ранний остеоартроз, остеохондроз или аутоиммунные РЗ, которые могут встречаться в различных сочетаниях между собой (Земцовский Э.В,1998,2007) , Клеменов А.В,2004(3,5) . ДСТ- это группа синдромоподобных форм/ фенотипов ДСТ, по своим клиническим проявлениям не укладывающиеся в уже известные ДДСТ по катологу Мак-Кьюсика . Она представлена генетически гетерогенной группой патологических состояний, которая чаще имеет признаки аутосомно-доминантного типа наследования без четких клинико-генеалогических критериев, с различным набором количественных и качественных фенотипических и клинических симптомов, обусловленных степенью выраженности структурно-функциональных нарушений твердой и рыхлой соединительной ткани и осложнениями, формирующимися в процессе онтогенеза

Некоторые авторы предлагают выделить 10 основных синдромов и фенотипов НДСТ, среди которых названы MASS-фенотип, марфаноподобный фенотип (внешность), элерсоподобный (классический и гипермобильный) фенотипы, доброкачественная гипермобильность суставов, неклассифицируемый фенотип ДСТ и др., а также алгоритмы их диагностики . Вместе с тем, существует классификация ДСТ, по которой ДСТ рассматривают с позиции системного подхода в зависимости от локализации, ДСТ─ зависимых состояний и ассоциированных с ДСТ клинических состояний . Гипермобильный синдром (ГС) - это известный фенотип НДСТ, характеризующийся гиперподвижными суставами и стойкими жалобами со стороны опорно-двигательного аппарата, который называют системным невоспалительным заболеванием соединительной ткани . Неклассифицированный фенотип ДСТ(нДСТ) ─ это тип ДСТ, который по своим клиническим проявлениям характеризуется наличием внешних фенотипических признаков дисплазии и/или сочетание с дисплазией внутренних органов и не укладывается в известные фенотипы, синдромы и синдромоподобные формы по перечню Мак-Кьюсика и Э.В Земцовского . Синдром беспокойных ног (первичный) (СБН) ─ это наследственный синдром сенсомоторного расстройства, ассоциированный с ДСТ, которыйхарактеризуется неприятными ощущениями в нижних конечностях, появляющиеся в покое (в вечернее и ночное время), вынуждая больного совершать облегчающие их движения и часто приводят к нарушению сна (семейные случаи составляют 30-92 %)(3) .

В диагностике ДСТ в последние годы произошли существенные изменения. Существующие болгарские критерии скрининга ДСТ(Милковска–Дмитрова, Каракашев)(1987)) и диагностики ГС в модификации д-ра мед. наук Института ревматологии А.Г. Беленького не содержат всех признаков, которые диагностируются в ряде случаев (метеопатический синдром, включая синдром беспокойных ног или аномалии внутренних органов и др.)]. Их отсутствие до сих пор, как несомненное проявление ДСТ, объясняется нечеткостью границ патологии, поэтому нами представлены модифицированные нами критерии ДСТ и ГС.

НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ при воздействии производственные вредностей одной из особенностей течения хронической соматической патологии, и ПЗ является наличие у более чем у трети в детстве с частые простуды, ангины, ОРЗ (более 4-х раз в году- т.н. группа часто и длительно болеющих (ЧДБ). с обострения хр. тонзиллита, синдрома стрепто-аллергическрго диатеза с синдромом хр.тонзиллита У взрослых происходит накопление (сенсибилизация) различных

инфекционных, аллергических агентов, и как правило присоединяются вредные производственные факторы и происходит алкогольное воздействие на генетически детерминированную гиперчувствительную соединительную ткань. Она реагирует на эту сенсибилизацию в виде ДСТ, которая выступает в качестве триггера для развития хронической соматической патологией (стрептококк, вирусы, гаптены - ангины, ОРЗ, аллергические диатезы) или ПЗ.

На фоне ДСТ, при наличии вредных производственных факторов и синдрома положительного воспалительного, аллергического и\или алкогольного анамнеза, у больных и их родственников - достоверно чаще развиваются хронические воспалительные, аллергические заболеваниям и отмечается сниженние иммунитета, который можно назвать диспластическим вторичным иммунодифицитом , когда пациент из группы ЧДБ попадает в группу СЗ или в группу ПЗ.

Таким образом, причиной появления лиц группы риска – группы часто и длительно болеющих и перехода данного контингента больных в группу больных с соматическими заболеваниями , включая с последующим возможным развитием ПЗ- является дисплазия соединительной ткани , как наследственно-приобретенный фактор риска.

Диагностику, профилактику и лечение ДСТ, ассоциированной с СЗ,РЗ и ПЗ см. в приложении 6,7,8,9,10..

Заключение

Таким образом, в данных методических рекомендациях представлен примерный перечень лечебно-оздоровительных мероприятий, необходимый для работы врача поликлиники (цехового врача-терапевта или врача общей практики), приведены примерные схемы планов работы (приложения 1-10). Рассмотрены основные разделы в деятельности врача-терапевта в поликлинике и на промышленном предприятии, методы повышения эффективности его работы, изложены социальные, экономические и медицинские аспекты программы по улучшению качества здоровья пациентов поликлиник и рабочих промышленного предприятия, рассмотрены отдельные звенья системы проф.осмотр - профессиональное заболевание - диспансеризация, реабилитация, а также выявлены некоторые типичные недостатки в проведении проф.осмотров и диспансеризации, определены пути их устранения, представлена схема профилактики ПЗ и соматических заболеваний, ассоциированных с ННСТ и ДСТ. Определено понятие ННСТ и ДСТ, а также- методы профилактики и лечения ДСТ(7).

Приложения

Приложение 1

Примерный план работы врача общей практики и цехового врача

№/	Мероприятия	Срок исп.	Исполнители
1.	Провести анализ состояния здоровья работающих за предыдущий	Январь	Цех. терапевт

	год по этапным эпиризам.		
2.	Подготовить годовые эпикризы за прошлый год и составить индивидуальный план реабилитации больных находящихся на диспансерном учете.	Январь	Цех. Терапевт
3.	Провести анализ работы по диспансеризации больных и дать оценку ее эффективности за прошлый год.	Январь	
4.	Пересмотреть и обновить паспорт участка, дополнить его новыми данными.	Февраль	Цех. терапевт
5.	Выявить лиц находящихся на диспансерном учете (“Д” учете) у нескольких специалистов, а также лиц часто и длительно болеющих, (б/лист чаще 4-х раз в год или больше 28 дней) и взять их на специальный “Д” учет.	Февраль	Цех. терапевт
6.	Обеспечить проведение периодических комплексных, медицинских осмотров работающих с вредными и неблагоприятными условиями труда совместно с членами бригады узких специалистов.	В течении года по графику Члены бригад врачей	
7. Совместно с врачом по гигиене труда город. СЭС изучить условия труда работающих в контакте с вредными производственными факторами(лично принять участие в замерах- ПДК: шума, влажности. попыляжной пыли , сквозняков, вибрации, загазованности,освещенности и др.)		Март-Апрель Врач СЭС цех. терапевт	
8.	Обеспечить динамическое наблюдение за больными выявленными в ходе проф. осмотра (с ПЗ или подозрения на ПЗ и группой риска ЧДБ, -провести их полное обследование (включая профпатолога) и оздоровление согласно индивидуальных планов реабилитации этих больных.	В течении года	Врач СЭС и цех. терапевт
10.	Оздоровить в санатории-профилактории предприятия по льготным путевкам всех выявленных в ходе проф.осмотра “вредников” с ПЗ и подозрением на ПЗ и 50 человек группы часто и длительно болеющих- из числа“Д” больных.	В течении года	Профком, цех. Терапевт
11. Стационарное обследование 77% диспансерных больных выявленных в ходе проф. осмотра, из группы часто длительно болеющих- как группы риска по ПЗ.			Цех. терапевт
12.	Санаторно-курортно оздоровить 80% диспансерных больных в местный профилакторий и санаторий в Каменке и др.		Профком- зав. отд.
13.	Провести анализ причин травматизма на предприятии, на заседании инженерно-врачебной бригады.Апрель		Цех. терапевт
14.	Осуществлять контроль за состоянием вентиляции, отопления, освещенностью, питьевым режимом, питанием и диетпитанием в цехах- через заседания инженерно-врачебной бригады.	Ежеквартально	Профком зав. отделен.
15.	Осуществлять контроль за выполнением календарного плана прививок и флюорографией.	1 раз в год	Цех. терапевт
17.	Проводить занятия по подготовке санитарных дружин и сан.постов.	1 раз в полгода	Цех. терапевт
18.	• Принимать участие в заседаниях профсоюзного комитета при обсуждении-вопросов-состояниея-заболеваемости,трудоустройства; распределени путевок и местный санаторий-профилакторий.	1 раз в полгода	Цех. Терапевт
19.	Принимать участие в заседании врачебно-инженерной бригады. Проводить анализ заболеваемости по цехам и разрабатывать мероприятия по снижению заболеваемости.	1 раз в квартал	Цех. терапевт
20.	Систематически читать лекции о здоровом образе жизни, проводить радио беседы и лекции, выпускать сан бюллетени, листовки, стен-газеты- самим и с помощью санитарного актива.	В течении года	Цех. Терапевт

_Приложение 2

Примерный план профилактической работы цехового врача поликлиники

Первый этап (первичная профилактика)	Второй этап (вторичная

	профилактика).
1.Паспортизация цехов и рабочих мест на предмет степени тяжести физического труда и ПДК неблагоприятных произв. факторов (шум, пыль, вибрация, влажность, колебание температур и др.) 2.Работа инженерно-врачебной бригады (ИВБ), (заседания I раз квартал). Контроль за паспортизацией рабочих мест. И рациональным трудоустройством больных на «легкий труд», через ВКК поликлиники и профком. 3.На заседаниях профкома предприятия, один раз в квартал, заслушивать отчеты работы ИВБ и ВКК, включая вопросы первоочередного выделения льготных путевок (за 10-50% стоимости), в заводской профилакторий и\или в Каменку лицам с ПЗ(или подозрением на ПЗ), а также лицам из группы ЧДБ - в первую очередь, а во вторую очередь - остальным диспансерным больным	1.Профилактический осмотр-осмотр цеховым врачем. 2.Осмотр врачом- узким специалистом с дополнительными методами исследования(Р-графия-УЗИ и др.). Окончательный диагноз ПЗ у профпатолога через ЦВКК. 4. Профилактическое лечение и динамическое наблюдение в заводском санатории-профилактории (традиционные и нетрадиционные методы лечения)- *без отрыва от производства* *т.е без больничного листа.*

Приложение 3

Социальная профилактика, государственный уровень, общественный уровень. индивидуальный уровень.

Социальная профилактика	Экологическая медико-социальная профилактика	Производственная медико-социальная профилактика
Конституционные права граждан на труд, отдых. охрану здоровья и труда - Закон по охране труда; Закон. о здравоохранении и по охране здоровья женщин, и детей, Закон. По-охране-окружающей среды;санитарное законодательство; Жилищное-строительство; коммунальное благоустройство ;устройство населенных мест;повышение благосостояния трудящихся;организация общественного питания;мероприятия по здоровому образу жизни;	Обеспечение качества экологической среды;-изучение влияния отдельных экологических факторов на здоровье; разработка мероприятий по защите населения от влияния экологических факторов;местные органы Санитарно-эпидемиологическая станция;Медицинская наука.	Совершенствование-трудовыхспоров;соблюдение техники безопасности;соблюдение санитарного порядка;формирование в коллективах благоприятных условий труда, быта,отдыха, сихологического климата и здорового образа жизни; санитарно-гигиенических, социально-медицинских мероприятий; контроль за режимом и условиями общественного питания
МЕДИЦИНСКАЯ:Противо-факториальная профилактика, разработка- мероприятий по устранению причин и условий, порождающих аболевания,профилактика ннфекционных заболеваний;медико-гигиенические-конс.-брачно-семейные консультации; санитарное просвещение;г игиенический всеобуч; воспитание позитивных целевых установок по отношению к диспансеризации и здоровому образу жизни.	Здоровый образ жизни (без табака и спиртного, наркотиков и проституции вследствие безработицы); Рациональное питание; Повышение физической активности т. ч. активный отдых; Отказ от вредных привычек -курение, алкоголь, наркомания и проституция - вследствие безработицы -малоподвижность, нерациональное питание, психоэмоциональная несдержанность и т.д.);соблюдение правил ТБ.	

Приложение 4

Примерный комплексный план санитарно-оздоровительных мероприятий на промышленном предприятии

1 Разд ел	Санитарно-технические мероприятия	• механизация и автоматизация процессов в частности, трудоемких процессов; • усовершенствования машин и технологических процессов; • мероприятия по технике безопасности; • рационализация рабочего места и ритма производства;
2 Разд	Санитарно-гигиеническ.	• санитарное благоустройство цехов и бытовых помещений; • водоснабжение, отопление;

ел	мероприятия	• вентиляция, очистка; • организация питания; • мероприятия по борьбе с наиболее часто встречающихся заболеваний;
3 Раздел	Лечебно-профилактическ. мероприятия	• совершенствование организации медицинской помощи; • повышение качества оказания первой помощи медицинской и специализированной; • диспансеризация выделенных контингентов по • производственным и медицинским показателям; • своевременное оздоровление этих контингентов в профилактории; • планирование и организация профилактических мероприятий каждого больного индивидуально;
4 раз дел	Организационно-массовые и лечебно-профилактическ. мероприятия	• работа с санитарным активом; • пропаганда медицинских и гигиенических знаний; • разъяснение значения и медицинских проблем формирования здорового образа жизни (алкоголь, проституция и наркомания- вследствие безработицы); • выработка гигиенических навыков, воздействие на образ жизни и гигиенич поведение коллективом и отдельных лиц; • подготовка санитарных постов и дружин;

Приложение 5

Примерный план работы инженерно-врачебной бригады цехового врачебного участка .

№	Мероприятия	Срок испол.
1	Совместно с врачом по гигиене труда городской СЭС изучить условия труда и произвести замеры уровня попыляжной пыли, шума, скорости ветра, запыленности и загазованности, влажности, температуры воздуха и проконтролировать питьевым режимом, общественное питание и составить протоколы.	Январь- Март
2	Принять участие в составлении коллективного договора предприятия и комплексного плана профилактических мероприятий, а также осуществлять контроль за выполнением пунктов коллективного договора и мероприятий комплексного плана.	Апрель
3	Провести заседание по результатам профилактического осмотра “вредников”, и рассмотреть вопрос о рациональном трудоустройстве и распределении льготных(10-50% стоимости) путевок и курсовок в местный профилакторий и санаторий в Каменке и др.- совместно с представителями профкома.	Июнь

Приложение 6

Метод выявления и контроля за диспансерными больными.

Выявление больных с новыми ПЗ происходит в результате профилактического осмотра категорийных работников и лиц связанных с профессиональными вредностями согласно приказов МЗ и СЗ. Профилактический осмотр рекомендуем усовершенствовать применением анкет опросников на выявление ревматических заболеваний и профессиональных заболеваний. Обработку анкет рекомендуем проводить с помощи ЭВМ. Анкетирование проводить до профосмотра с привлечением санитарного актива цехов и отделов. До профилактического осмотра обязательно проведение аттестации паспортизации рабочих мест, цехов и участков с целью выявления нарушений предельно-допустимых концентраций вредных факторов производства (пыль, шум, влажность, температура, вибрация, скорость ветра) и эргомических показателей степени тяжести физического труда) подъем тяжести в кг, за смену, количество наклонов в минуту количество шагов в минуту, за смену, время работы стоя за смену и т.д.).

После профилактического осмотра цеховой врач терапевт делает заключение, в которое входит диагноз больного и составление плана индивидуальных лечебно-оздоровительных мероприятий. Врач знакомит больного с планом реабилитации и проводит беседу о здоровом образе жизни. Все формы профосмотра –

№ 047-4 -рекомендуем собрать воедино и хранить в единой картотеке. Всех больных, выявленных в ходе профосмотра с подозрением на ПЗ необходимо направить к профпатологу на ЦВКК и в отделение фабричного профилактория. На всех диспансерных больных должны быть написаны этапные эпикризы в конце года с прилежанием выписок из истории болезни реабилитационного отделения профилактория. На всех диспансерных больных в карточке больного форма № 047-4 и\или его амбулаторной карте рекомендуем вклеивать лист "ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ", где необходимо отразить:

а) Данные аттестации рабочего места (уровень ПДК шума, вибрации и т.п.);

б) Данные о количестве больничных листов за год

в) Результат профилактического осмотра и заключение цехового врача и профессиональной годности;

г) План-график реабилитационных мероприятий на год.

д) Наличие у больного вредных привычек (курение, алкоголизм, наркомания):

Если пациент не курит, не пьет, не употребляет наркотики, является примерным семьянином, не прогуливает работу, добросовестно трудится и не был на б\л ни разу в году– цеховому врачу необходимо порекомендовать профкому и администрации предприятия добавить к его отпуску- три календарных дня- в качестве поощрения здорового образа жизни.

Приложение 7

КЛАССИФИКАЦИЯ фенотипических признаков и зависимых состояний при дисплазии соединительной ткани и их оценка в баллах

Признаки	Баллы	Признаки		Признаки	Баллы
1.Кожа:		5. Полость рта:			
1. Тонкая кожа (видимая сосуд. сеть)		1. Высокое и готическое небо	1	10. Желудочно-кишечный тракт:	2
2. Вялая кожа.		2. Нарушение расположения и роста зубов	1	1.Дуоденогастральный-рефлюкс. Гастроэзофагальный рефлюкс	2
3. Растяжимая кожа		3. Аномалии прикуса	1	3. Гастроптоз	2
4. Грыжи.		4. Скошенность подбородка	1	4.Дискинезии желудочно-кишечного тракта.	2
5. Пигментные пятна, ангио эктазии, гемангиомы.		5.Малый или большой рот	1	5.Дискинезии желчевыводящих путей..	2
6. Симптом «папиросной бумаги»		6. Расщепление язычка или языка	1	6. Аномалии желчного пузыря.	2
7. Поперечные складки на животе.		7. Укорочение уздечки языка	1	7. Перегибы желчевыводящих протоков	2
8.Депигментация		8. Малые размеры коронок зубов	1	8.Недостаточность баугиниевой заслонки.	2
2. Конституция:		9. Неполное количество зубов	1	9. Мегаколон	2
1. Астеническое телосложение-1 балл		10.Трема(наличие промежутка между зубами)	1	10. Долихосигма	2
2. Долихостеномиелия (удлинение и утончение конечностей:-		11. Картавость.	1	11. Кисты печени	2
а) кисть/рост >11%		6. Глаза:		12 Аномалии поджелудочной железы.	2
б) стопа/рост > 15%		1Миопия	1	11. Сердчно-сосудистая система:	2
в) размах рук минус рост больше 7,6см.		.2.Эпикант	1	1.Пролапс митрального клапана без регургитации.	2
13.Верхние конечности:		3.Широко-или-близко расположенные глаза-	1	2. Ложные хорды.	2
1. Короткие или кривые мизинцы		4.Короткие или узкие глазные щели	1	3. Дистония папиллярных мышц	2
2. Безымянный палец больше указательного(ж)		5. Птоз (опущение верхнего века)	1	4. Расширение корня аорты.	2
3. Указательный палец больше безымянного (м)		6.Прогрессирующая патология зрения(миопия.)	1	5. Расширение корня легочной артерии	2
4. Арахнодактилия:		7. Голубые склеры	1	6. Аневризмы сосудов сердца и головнрго мозга	2
а) большой палец при укладке поперек ладони выступает за ее ульнарный край		8. Астигматизм	1	мелкого и среднего диаметра.	2
б) длина среднего пальца кисти превышает 10 см		9. Эктопия хрусталика	1	7. Аритмии (исключая поражения	2
в) пациент легко охватывает запястье мизинцем и большим пальцем.		10. Косоглазие (врожденное)	1	сердца и экстракардиальный эффект)	2
5. Сросшиеся пальцы (синдактилия)		7. Уши:		8. Вегето-сосудистые дистонии.	2
6. Нарушение роста ногтей		1.Низкое расположение и ассиметрия ушей.	1	9. Варикозное расширение вен	2
7. Гипермобильность суставов (критерии Бейтона до 2-4)::		2. Малые и сворачивающиеся в трубочки уши.	1	12. Мочевыделительная система:	
а) пассивное сгибание мизинца на 90 градусов.		3. Оттопыренные уши.	1	1. Нефроптоз	
б) пассивное сгибание первого пальца при сгибании запястья		4. Неправильное развитие завитков	1	2. Атонии чашечно-лоханочной системы	
в) переразгибание локтевых суставов		5.Приросшие мочки ушей	1	3. Удвоение почек и мочеточников	2
г) переразгибание коленных суставов-		6. Врожденная тугоухость			
д) при наклоне вперед ладони полностью касаются пола-		8.Позвоночник и грудная клетка:			
4. Нижние конечности:		1. Воронкообразная грудная клетка (без смещения сердца)	2		
1 Плоскостопие поперечное,продольное,умеренное (подометрический индекс 29-25).		2. Килевидная грудная клетка-	2		
2.. Х,О –искривление ног		3. Сколиоз, лордоз, кифоз I	2		
3. Сандалевидная щель (между 1 и 2 пальцем)			22		
4. Сросшиеся пальцы (синдактилия)					
5. 2 палец на стопе длиннее первого					
5. Голова:					
1. Неправильная форма черепа					
2.Долихоцефалия					

3. Короткая шея- 4.Искривление носовой перегородки (дыхание свободное) 5. Лоб Сократа 6. Частые носовые кровотечения- 7. Низкий рост волос на шее, лбу 8. Аномалии пищевых пазух	степень (до 5°). 4.«Прямая спина (плоская) 5..«Спина бифида»-расщепление дужек позвонков 6. Гиперпигментация кожи над остистыми отростками 9. Органы дыхания: 1. Гипоплазия легкого. 2. Аномалии бронхиального дерева. 3. Трахеобронхомегалия. 4.Дискинезия трахеи и крупных бронхов. 5.Поликистоз легких (врожденный). 6.Стндром нарушения ритма дыхания	22 2 2 2 2 2 2 2	4. Ортостатическая протеинурия 5. Аномалии мочевого пузыря. 6 Аномалии мочеиспускательного канала 7. Фимоз 13. Система крови:-2балла 1. Повышенная кровоточивость 2. Гемоглобинопатии 3. Тромбоцитопатии 14. Нервная система:-2 балла 1. Нервная анорекия 2. Заикание 3. Миатонический синдром 4. Энурез 5.Расстройства чувствительности 6. Нарушение сна (засыпания, пробуждения, неприятные сновидения) 7.Мигренеподобные боли в голове 15. Репродуктивная система: -2 балла. 1. Опущение матки 2. Опущение влагалища 3. Узкий таз 4. Аномалии матки, влагалища 5. Выкидыши 6. Преждевременные роды 7. Ювенильные маточные кровотечения 8. Варикоцеле 9. Кисты яичников	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

Примечание: Для визуального определения признаков «дизморфии» при дисплазии СТ некоторые авторы выделяют комплекс внешних или косметических симптомов, называемых микроаномалиями: эпикант, гетерохромия радужной оболочки глаз, гипертелоризм глаз, гипотелоризм глаз, экзофтальм, энофтальм, «мятые» и\или деформированные ушные раковины, большие торчащие уши, низко расположенные уши, третий тип мочки уха, низкий рост волос на лбу и шее, диастема, неправильный рост зубов, дополнительные зубы, неправильный прикус, уздечка верхней губы, короткая уздечка языка, гипертелоризм сосков, политемия, клиндактилия, камптодактилия, брахидактилия, второй палец стопы больше первого, сандалевидная щель.(-*- цитата по Яковлеву В.М.)(5).- каждый признак оценивается в 1 балл.

Приложение 8

Критерии диагностики неклассифицированного фенотипа дисплазии соединительной ткани

Внешние критерии (ДСТ-зависимые- видимые на глаз аномалии развития)	Внутренние критерии (анамнестические, ДСТ-зависимые или ассоциированные в виде синдромов).
1. Аномалии развития скелета (искривлений-позвоночника,, деф.. грудной клетки, и др).- 5 баллов. 2.Симптомы гипермобильности суставов (шкала Бейтона от 0-9)-5 балл. 3. Астеническая конституция (симптомы долихостеномелии и др.)-3 балла. 4 Эластоз кожи и\или дефекты ее придатков(симптомы тонкости и гиперрастяжимости кожи, ломкость ногтей и др.) -3 балла. 5 Патология органов зрения (симптомы миопии, вывих хрусталика и др) 6. Выраженная венозая сеть на коже и\или опухолевидные образования (симптомы просвечмвающие вены, варикоз вен, натопыши стопы липомы, , грибковые поражение и др.)- 3 балла 7.. Краниоцефальные стигмы и\или косметические аномалии (симптомы МАР-микроаномалии и др. - 3 балла 8. Патология зубов (симптомы аномалий зубов: нарушения роста и др.) -1балл. 9. Аномалии развития ушных раковин (и\или языка:маленькие иопущенные ущи,способность свернуть их в трубочку и др.)-1балл 10. Симптомы слабости мышц и\или нарушения осанки(сколиоз, грыжи живота и др.))- 1балл. 11. Изменение дактилоскопии и\или \дактилометрии)- 1балл.	1. Агрегация семейных форм ДСТ и хронических заболеваний(синдром отягощенний наследственности у родственников по хроническим эаболевания2м и ДСТ) (-5 балов. 2. Аномалии дисэмбриогенеза внутренних органов(синдром аномалий развития внутренних органов: висцероптоз, аномалии почек, желчного пузыря, гастроэзофагеальные рефлюксы, несостоятельность сфинктеров и баугинеевой заслонки кишечника, дивертикулы ЖК., грыжи живота и др.) – 5 баллов. 3. Боль в суставах и\или позвоночнике((метеопатический суставной синдром: артралгии и дорсолгии, возникающие на перемену погоды, магнитные бури и\или в полнолуние)- 3 балла 4)..Нейро-вегетативный синдром (синдром вегетососудистая дистонии, энурез, мигрень, НЦД и др).-3балла.. 5) Сосудистый синдром и\или кардио-аритмический синдром (варикозная болезнь, мешотчатые аневризмы артерий, телеангиоэктазии; аритмии и блокады сержца, внезапная сердечная смерть и др.)-3 балла. 6) Бронхолегочный и \или нефрологический синдром (трахеобронхиальная дискинезия, трахеобронхомегалия, обструктивные, рестриктивные нарушения, спонтанный пневмоторак, аномалии почек и их заболевания). -1-балл. 7. Склонность к гастроэнтерологическим и\или, ревматологическим заболванием (эзофого:-гастро-энтеропатиии\или артропатии,дорсопатии на фоне аномалии развития этих органов -.3 балла.. 8.Аномалий репродуктивной (и \или эндокринной системы: опущение матки, влагалища врожденный гипотериоз , гипогонадизм, евнухоидизм и др.)- 1-балл. 9. Геморрагические проявления(геморрагический синдром: кровотечения из носа, матки, легкие синяки и др.) .- 1-балл. 10.Психопатические нарушения(неврозы, щизофрения, неврозоподобные расстройства и др.)-1балл 11. Снижение иммунитета (иммунодифицитный и\или аллергологический синдром: вторичный иммунодефицит,: частые простудные заболевания , герпеса, аутоиммунные заболевания и\или склонность к экссудативному диатезу, пищевой или лекарственной аллергии, биссинозу, крапивнице, отеку Квинке и др.- 1-балл.

ПРИЛОЖЕНИЕ: пациентов относят к больным с синдромом н-ДСТ при сочетания любых внешних критериев с внутренним критериями, причем наличие первого, второго внешних и\или внутренних критериев- обязательно.

Приложение 9

Критерии скрининга неклассифицированного фенотипа дисплазии соединительной ткани

Внешние, видимые на глаз, критерии (диспластикозависимые симптомы)	Внутренние критерии
1) Симптомы аномалий скелета (деформация поз,воночика, гр. клетки и др.). 2)Симптомы гипермобильности суставов (ГМС).(счет шкалы Бейтона от 0-9). 3)Симптомы нарушение осанки и\или астенической конституции.. 4) Симптомы истончения , эластоза кожи, выраженной венозной сети и\или варикоза вен . 5))Симптомы слабости мышц и и\или грыж живота. . 6)) Симиптомы аномалии органов зрения. . 7)Симптомы аномалий развития зубов. . 8) Косметические симптомы малых аномалий развития (МАР0) и или краниоцефальные изменения. . 9).Симптомы аномалий развития ушных раковин и\или языка (способность свернуться их в трубочку и др.) 10) Симптомы аомалий кожи и ее придатков(натопыши стопы , липомы, ангиомы, родимые пятна, грибковые поражение и др.) . 11)Симптомы изменения дактилометрии и/или дактилоскопии.	1)Наследственная предрасположенность к ДСТ или другим хроническим соматическим заболеваниям и\или наличие синдрома положительного семейного воспалительного. аллергического и\или алкогольного анамнеза(т.н «синдром СВА»), у больных и родственников 1,2,3 степени родства (в анамнезе: :частые ангины или ОРЗ, аллергические диатезы, семейное увеличение миндалин, хр. тонзиллитт с неврологической симптоматикой), метеопатический синдром - у лиц способных свернуть язык или уши в трубочку и\ или имеющих разные отпечатки пальцев на правой и левой руке). 2) Наличие клиники любого хронического соматичекого заболевания и\или аномалий дисэмбриогенеза внутренних органов (нейро-вегетативный сосудистый, кардио-аритмический бронхолегочный, нефрологический, геморрагический, психопатический иммунодифицитный и\или аллергологический синдромы, склонность к гастроэнтерологическим и\или, ревматологическим заболваниям). 3) Метеопатический синдром «диспластиков». возникающий на перемену погоды, магнитные бури или в полнолуние. включаюший: 1) Артралгии. дорсолгии или мигрени 2) Вегетосо-судистые кризы, включая гипертонические кризы 3)Синдром беспокойных ног в виде периодического движения ногами, приводящими к нарушению сна

ПРАВИЛА СРИНИНГА : 1) У пациентов определяется неклассифицированный фенотип НДСТ при постоянных жалобах на боли в суставах\ позвоночнике или в головную боль, Вегетосо-судистые кризы, включая гипертонические и\или при синдроме беспокойных ног(СБН) (периодические движения ногами), возникающих на перемену погоды, магнитные бури, в полнолуние , наследственной предрасположенности по ДСТ или другим хроническим соматическим заболеваниям и\или наличие синдрома положительного семейного воспалительного. аллергического и\или алкогольного анамнеза(т.н «синдром СВА»), у больных и родственников 1,2,3 степени родства также - любых внешних критериев и провести: Обследование внутренних органов на предмет поражения аномальных «органов мишеней»: УЗИ внутренних органов и сердца, рентгенографию суставов\ позвоночника, томографию или ангиографию сосудов мозга и др. методы. Для подтверждения диагноза НДСТ- определение оксипролина и ГАГ в крови и моче, ДНК- типирование и др. Диагноз нНДСТ выставляетяя при сочетания любых внешних критериев с внутренним критериями, наличие первого и второго внешних и\или внутренних критериев- обязательно. высокая степень риска развития ассоциированных хронических заболеваниями и их осложнений. 2) *Г*руппа риска НДСТ типа «вариант нормы»- определятся при выявлении у пвциентов внешних микроаномалии,«МАР» или др. внешних признаков и наличии больных родственников (положительный семейный анамнез) -низкая степень риска развития фннотипов НДСТ, ассоциированных с хроническими заболеваниями и их осложнениями.

3) *ПРАВИЛО ПРОФИЛАКТИКИ -* ДИСПАНСКРИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ лиц группы риска типа « вариант нормы»- и ЧДБ - может предупредить развитие вторичных ассоциированных с ДСТ хронических заболеваний и их осложнений, включая развитие инсульта и синдрома внезапной сердечной смерти.

Приложение 10

Схема лечения и профилактики лиц с ДСТ, ассоцированными с СЗ и ПЗ, а также лиц группы риска (ЧДБ) и развития СЗ, и ПЗ . Особенностью профилактики и лечения лиц группы риска ЧДБ, ХСЗ, РЗ и ПЗ при ДСТ является использование магниевой и аминокислотной коррекции(методика МАК) с назначением препаратов магния и заместительную терапию лизином, аргенином, валином, лейцином. метионином, акти-5 сиропом, глютаминовой кислотой.

1) Психотерапия, в том числе семейная психотерапия и нормализацию образа жизни и микросоциального окружения и ЛФК.

2) Диетотерапия- соотношение кальция и фосфором(1:1,5), кальцием и магнием (Mg) (1:0,5)- Mg содержится в злаках, бобах, фасоли, орехах, кураге, твороге, молоке, суточная потребность-200-300мг.

3)Магниевая терапия - магнерот, Mg-B6, по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1 недели, далее — 2–3 таблетки в сутки до 4 месяцев).

4) Аминокислотная терапия- при снижении уровня свободных аминокислот по хромографическому анализу крови и мочи): а) Заместительная терапи лизином, аргенином, валином, лейцином. метионином, акти-5 сиропом, глютоминовой кислотой -6 недель, б) Препаратами, улучшающие усвоение аминокислот(витамин Е, лецитин милдронат, калия оротат, ретаболил) и\или, в)Терапия биодобавками(L-аргинин, L-лизин,"Омега","Омега-3", "Супрема Ойл", "Флекс Сид Ойл", льняное масло и др.).- остерегайтесь подделок биодобавок.

5) При метепатическом суставном синдроме или головных болях, - на перемену погоды и полнолуние, которые характерны для ДСТ и сопутствующей НПВП гастропатии рекомендуем вместо НПВП назначать ассаликс по 1 т. 3раза в день или минимальную дозу аспирин -кадио -100мг 1 раз в день при болях.

6) Стимуляция коллагеннообразования (стекловидное тело, калийтрин, карнетин, аплегин, солкосерил и др.). и стимуляция синтеза гликозоаминогликанов (ГАГ)(хондроитинсульфат, структум, дона, румалон, хондроксит) а также назначение метаболической терапии в виде АТФ внутримышечно, рибоксина в таблетках и др. .

7)Лечение вегетативной дисфункции(НЦД): а)При артериальной гипотензии и признаками астении (повышенная утомляемость, сонливость и др.) назначают настойку лимонника, женьшеня, аралии, секурии, пантокрина. б)При метеозависимых ортостатических расстройствах рекомендуют (при отсутствии экстрасистолии) применять в неблагоприятные дни крепкий чай, кофе, а перед предполагаемой длительной ортостатической нагрузкой — кофеин, ассаликс и ноотропы (ноотропил, пирацетам). в)При системной гипотонии вен и ангиогенной гемикрании- алкалоиды спорыньи (беллоид, белласпон). г)При расстройствах сна, раздражительность- седативные средства, препараты валерианы, пустырника, валокордин или корвалол, нозепам или другие транквилизаторы группы бензодиазепина и иглорефлексотерапию.

8) При снижении иммунитета(по иммунограмме) у лиц из группы ЧДБ: ОРЗ\ангины\САД): фармакологическая иммунокоррекция (ИРС-19, имудон, рибомунил, бронхомунал и др.).

9)Лечение сопутствующих заболевания ЖКТ: 1) НПВП- гастропатий, стероидных гепатопатий(гепатопротекторы-эссенциале, карсил и, фитотерапия:седативные и желчегонные лиофилизированные сборы и др.).

10) Коррекцию дисбактериоза и рефлюкс-эзофагита (ферментативные препараты, бактерийные препараты, содержащие лиофильно высушенные штаммы бифидо- и лактобактерий: бифидумбактерин-форте, бификол, линекс, бифиформ и др.), энтеросорбцию (фибромед, пектины, микрокристаллическая целлюлоза, гелион),

11) Циклическую витаминотерапию - витаминыв В1,В6, Е, фолиевой кислоты, аскорбиновой и глутаминовой кислоты, витаминно-минеральные комплексы типа "Витрум", "Центрум" на 1 месяц два раза в в год

12) При менопаузном остепорозе -витамин Д2, кальций Д3 никомет и\или натуральные эстрогены

13) Метаболическая терапия (коррекция биоэнергетики-фосфаден, рибоксин, милдронат, элексир янтарный, лимонтар).

14) Санация очагов хронической инфекции

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

В клинике профессиональных заболеваний обследовалась больная Н. Предъявляет жалобы на заложенность носа и ринорею, зуд кожи во время работы (симптомы ослабевали в выходные дни), отмечала жжение и отечность языка. В течение 27 лет больная работала медицинской сестрой процедурного кабинета в гинекологическом отделении Центральной районной больницы. Работала с антибиотиками, сульфаниламидными препаратами, местными анестетиками (растворы, таблетки), дезинфицирующими и моющими средствами.Из истории заболевания: больна с января 2006 года, когда во время работы появились заложенность носа, ринорея, головная боль, зуд кожи, лица, ушей. Пациентке было проведено аллергологическое и иммунологическое исследование. Аллерген-специфические IgE на основные группы аллергенов (пыльцевые, пищевые, эпидермальные, растительные) методом иммуноферментного анализа не выявлены. Результаты иммунологического обследования: IgA - 1,3 г/л; IgM - 1,1 г/л; IgG - 25 г/л; общий IgE - 108 г/л; активность комплемента - 45 е. а., активность лизоцима - 22 е. а., фибронектин плазмы - 365, 729 нг/мл; циркулирующие иммунные комплексы - 148 у. е. Проведено кожное тестирование с раствором клафорана (пациентка не принимала лечение указанным препаратом, но имела профессиональный контакт во время работы), реакция положительная.Ваш диагноз и дальнейшие действия?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больная К-ва, 1964 г. р. Работала в течение 16 лет врачом- стоматологом. Из санитарно-гигиенической характеристики: «Работала в терапевтическом стоматологическом кабинете с видами деятельности: лечение и пломбирование зубов. Отмечался контакт со следующими вредными веществами: резорцирном, формалином, йодоформом, камфорофенолом, пластмассами (карбоденит, эвикрол, акрилаксит), амальгамными пломбами, пастой с окисью цинка, мышьяком, новокаином, хлоргексиденом, перекисью водорода». Впервые изменения на коже появились в 2000

году - зудящие полиморфные высыпания на лице, кистях и предплечьях. Изменения на коже усиливались во время работы и в последние 2 года отмечались постоянно на лице. После длительных перерывов в работе (отпуск) состояние больной заметно улучшалось. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где был поставлен диагноз: -. Проведенное лечение эффекта не дало. Больная была направлена на обследование в клинику профессиональных заболеваний Консультация дерматолога - .Больной было проведено иммунологическое обследование со следующими результатами: IgA - 1,1 г/л, IgG - 16,8 г/л, IgM -1,0 г/л, общий IgE - 100 МЕд/мл, показатель фагоцитоза - 48%, активность комплемента - 46,0 е. а., лизоцим - 24 е. а., фабронек-тин плазмы - 147, 482 нг/мл, орозомукоид - 0,821 г/л, циркулирующие иммунные комплексы - 69 ед., антитела к ДНК методом ИФА не обнаружены. Диагноз был подтвержден положительными результатами кожного тестирования с профессиональными аллергенами (контакт с которыми отмечался во время выполнения работы). Аллерген-специфические IgE на пищевые, пыльцевые, эпидермаль-ные, растительные аллергены методами РАСТ и ИФА не выявлены.Ваш диагноз и дальнейшие действия?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больной Б-ов, 38 лет, врач-рентгенолог. Из профанамнеза: после окончания института все время работал врачом-рентгенологом в различных рентгено-диагностических кабинетах. Средствами индивидуальной защиты (фартук, перчатки) пользовался не всегда. При обследовании рабочего места обнаружены дефекты изоляции кабинета и других рабочих помещений, где Б-ов занимался оформлением рентгенологической документации. Профосмотры проходили формально, иногда гемограмму составлял сам больной. Через 12 лет работы стало беспокоить снижение работоспособности, при исследовании крови обнаружен значительный лейкоцитоз - $25x10^9$/л со сдвигом в гемограмме влево. При обследовании в специализированном гематологическом отделении выявлен -.Ваш диагноз. Дальнейшие действия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больной М-ч, 1949 г. р., рентгенолаборант. Профанамнез: с 1975 года работал в рентгеноперационной, выполняя сложные рентгено-контрастные исследования, в том числе зондирование сердечно-сосудистой системы. Радиационный фон во время исследований был повышен. Основную работу постоянно совмещал с выполнением должности рентгенолаборанта в других медицинских учреждениях. Длительное время по совместительству работал на гамма-терапевтических аппаратах. Так продолжалось до 1990 года, когда появились высокая температура (38°С), слабость, тупые боли в животе. При обследовании (диагностическая лапоротомия) обнаружено увеличение лимфатических узлов брюшной полости. В 1991 году произведена спленэктомия. В течение трех лет лечился в г. Обнинске: химиотерапия и лучевая терапия. Последний курс лечения проходил в январе 1993 года. Чувствовал себя удовлетворительно. Поступил в клинику с жалобами на зуд в паховой области, увеличение паховых лимфоузлов, повышение температуры до 38°С в течение 20 дней. В день поступления произведено иссечение двух паховых лимфоузлов размерами 2,5х2,0 см. При объективном исследовании увеличения других групп лимфатических узлов не выявлено. Кожа - бледно-землистая, АД - 150/90 мм рт. ст., печень не пальпируется. Гемограмма: Э - 2,8х1012/л, Нв - 95 г/л, ЦП - 0,67; тромбоциты - 100 тыс.; лейкоциты -4,0х109,Э- 1,миелоциты-2,10-,П-6,С-63,Л- 13,М-(3,СОЭ- 10 мм/час, умеренный анизоцитоз, незначительный пойкилоцитоз. Ваш диагноз. Дальнейшие действия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больная Б-т, 52 года, медсестра. Профанамнез: работает медицинской сестрой (процедурной, палатной), имела постоянный контакт с растворами антибиотиков (пенициллин, бициллин - 3,5, стрептомицин, мономицин), витаминами группы В, алоэ, АТФ и другими лекарственными веществами. Приготовление растворов, стерилизация шприцев, выполнение инъекций осуществлялись в комнате без вытяжных шкафов и искусственной вентиляции. За день делалось до 200 инъекций. С 1986 года работает медсестрой физиотерапевтического кабинета. Больной себя считает с 1996 года, когда на работе появился кожный зуд, отек и гиперемия лица. В течение последующего месяца каждый раз при контакте с лекарственными препаратами (антибиотики, алоэ, витамины, кокарбоксилаза) появлялись першение в горле, насморк, кожный зуд, гиперемия лица. Переведена в кабинет функциональной диагностики, почувствовала себя значительно лучше - исчез кожный зуд, гиперемия и отеки на лице. Но оставались диспептические расстройства - неустойчивый стул, неинтенсивные боли в эпигастральной области и по ходу кишечника, небольшое жжение в ротовой полости в результате приема острой пищи.. Заключения специалистов по результатам исследования: лор - , стоматолог - , невропатолог - , терапевт - Ваш диагноз и дальнейшие действия?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Больная М-на, 24 года. Педиатр-интерн. При исполнении обязанностей участкового педиатра в течение недели посещала больного вирусным заболеванием ребенка (периоды катаральный и высыпания). На десятый день почувствовала слабость, снижение работоспособности, к вечеру повысилась температура до 37,8°С. На следующий день появились слезотечение, отечность век. На работу не вышла. Еще через 7 дней на лице возникла пятнисто-папулезная сыпь. Врач, вызванный на дом, диагностировал-. В течение 1,5 месяцев находилась на амбулаторном наблюдении (лекарственного лечения не получала), болезнь протекала в легкой форме. Выписана на работу, после чего сама обратилась в профцентр. СЭС подтвержден длительный контакт с больным ребенком, а также отсутствие такового по месту жительства.Ваш диагноз и дальнейшие действия?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Больная Ф-ва Л. М., 53 года. История болезни №7592/2010. Работает медицинской сестрой в районном ТМО. Выписка из санитарно-гигиенической характеристики: «В процессе работы отмечался контакт с хлорсодержащими дезинфицирующими растворами, препаратами крови, вакцинами, сыворотками, лекарственными средствами. При лабораторном исследовании в воздухе рабочей зоны обнаружены плесневые грибы в количестве от 40 до 60 в 1 кубическом метре». В течение 8 последних лет пациентка жалуется на одышку и затрудненное дыхание, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, тупые боли в передних отделах грудной клетки. Перечисленные симптомы чаще проявлялись во время работы и усиливались к концу рабочего дня. Наблюдалась и проходила лечение у аллерголога, пульмонолога по месту жительства. У больной выслушивались рассеянные сухие свистящие хрипы слева и справа, при перкуссии определялся коробочный звук. Эффект от лечения, в том числе стационарного, был кратковременным и проходил после пребывания на работе в течение 10 дней и более. Работая, неоднократно участвовала в проведении вакцинации. Во время одной из процедур при вскрытии флакона с вакциной Ф-ва почувствовала себя плохо, развилась резкая слабость, головокружение, затем потеряла сознание. В дальнейшем отмечалась клиника анафилактического шока с резким падением АД. Описываемое состояние удалось купировать введением больших доз глюкокорти-костероидных препаратов внутривенно. После развития анафилактического шока была направлена на обследование и лечение в клинику профессиональных заболеваний . Проведено полное клиническое и иммунологическое обследование. Сенсибилизации к пыльцевым, пищевым, эпи- дермальным и грибковым аллергенам не выявлено. Тесты лейкоцитолиза с профессиональными (вакцинами, лекарствами) аллергенами положительные.

Ваш диагноз и дальнейшие действия?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Больной Т., 35 лет, работает на базе ядохимикатов для сельского хозяйства, занимается их отпуском сельскохозяйственным предприятием. В процессе работы не исключен непосредственный контакт с ядохимикатами в виде их аэрозолей. В прошлом заболеваний не было. Спустя 6 лет от начала работы на базе он стал отмечать повышенную раздражительность, периодически появлялись головная боль, головокружение. За последнее время значительно снизилась память, нарушился сон. Объективно: гипергидроз, легкий акроцианоз, красный стойкий дермографизм, повышение сухожильных рефлексов, невыраженный тремор пальцев вытянутых рук. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не имеется, за исключением аритмии и брадикардии Задание: сформулируйте и обоснуйте диагноз. Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях? Назначьте лечение; дайте медико-социальный прогноз при данном заболевании.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Больной И., 28 лет, работник сельского хозяйства, принимал активное участие в опылении плодовых деревьев и зерновых культур пестицидами (ранее Хвалынские, в настоящее время Кошелевские сады). На протяжении последующих 2 мес. чувствовал себя здоровым. Ранее заболеваний не было, не курит. В дальнейшем его стали беспокоить резь в глазах, першение в горле, появился насморк с выделением из носа прозрачной жидкости, чиханье. Вскоре присоединились сухой кашель, периодами затрудненное дыхание на фазы выдоха. Одновременно отмечает головную боль, головокружение, повышенную утомляемость.Объективно: гиперемия слизистых оболочек глаз и носа; в легких прослушиваются сухие хрипы; тоны сердца приглушены, АД 100/60 мм рт. ст. Со стороны нервной системы отмечаются общий гипергидроз, эмоциональная лабильность, легкий тремор пальцев рук, болезненность по ходу нервных стволов.Задание: сформулируйте диагноз; назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Больной А., 42 года, в течение 17 лет производил полировку на войлочном круге с применением раствора, содержащего 35 % растворителя. Заболевание развивалось постепенно. Больной стал отмечать слабость, головные боли, быструю утомляемость, в дальнейшем появилась

кровоточивость десен, носовые кровотечения. При обследовании в стационаре было обращено внимание на отсутствие увеличенных лимфатических узлов, печень пальпировалась у края реберной дуги, селезенка не пальпировалась. Отмечались тремор пальцев вытянутых рук, яркий красный дермографизм, гипергидроз ладоней, лабильность пульса и артериального давления.Задание: установите предварительный диагноз; составьте план дополнительного обследования, необходимого для формулирования окончательного диагноза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

При проведении периодического медицинского осмотра у одного из намазчиков пластин (Б., 41 год), работающего на аккумуляторном заводе, обнаружены следующие показатели периферической крови: НЬ 14,8 г/л, число эритроцитов 4,2 • 10^{12} /л, цветной показатель 0,98, число лейкоци тов 5,8 • 10' /л, ретикулоцитов 20 %о, эритроцитов с базофильной зернистостью 38 %о. В моче обнаружено повышенная концентрация-копропорфирина . Жалоб рабочий не предъявляет, объективно со стороны внутренних органов без особенностей.Задание: установите предварительный диагноз, составьте план дополнительного обследования. Какие данные необходимо получить дополнительно?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Больной Ф., 28 лет, работает обрубщиком металлического литья на машиностроительном заводе. В его обязанность входит обрубка крупногабаритных деталей с помощью рубильного пневматического молотка массой 6,5 кг. Молоток генерирует вибрацию и шум, превышающие санитарные нормы в высокочастотной части спектра. До поступления на машиностроительный завод чувствовал себя здоровым. Заболеваний в анамнезе не отмечал.Спустя 5 лет после начала работы обрубщиком стали беспокоить боли в предплечьях, снизились сила в руках и острота слуха на оба уха. Нарушился ритм сна, появились повышенная раздражительность и утомляемость.Объективно: кисти сухие, нормальной окраски, чувствительных и трофических нарушений не определяется. Вибрационная чувствительность не нарушена; холодовая проба отрицательная; динамометрия справа 32 кг, слева 28 кг; капилляроскопия: тенденция к венозному застою. При аудиометрии отмечено снижение слуха до 60 дБ на частотах 4000 Гц.Пальпация паравертебральных точек безболезненна. При пальпации мышц плеча отмечена болезненность и участки уплотнений в них больше справа. Боль усиливается при физической нагрузке на мышцы плеча. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Задание: установите и обоснуйте диагноз. Между какими профессиональными заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Проведите медико-социальную экспертизу.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Больная Н., 37 лет, в течение 14 лет работает в парфюмерно- косметическом обьединении Работа заключается в навинчивании крышек из пластмасс на тюбики для пасты, крему. За смену завинчивает до 11 тыс. крышек. Обратилась к цеховому врачу с жалобами на слабость в правой руке, боли в правом лучезапястном суставе при выполнении производственных операций, особенно при движениях большого пальца. Боли появились около 3 мес. назад. Дома принимала анальгин, но значительного облегчения не получала. Объективно: патологии со стороны внутренних органов не отмечено; движения в правом лучезапястном суставе болезненны, особенно при ульнарном отведении, имеется припухлость в области шиловидного отростка лучевой кости и сглаженность области «анатомической табакерки».Задание: поставьте предварительный диагноз; составьте план обследования больной; решите вопрос о ее трудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Больной Т., 32 года, работает формовщиком в течение 6 лет. Ранее работал водителем грузового автотранспорта. По данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда работа формовщика связана со значительным статическим и динамическим физическим напряжением, сочетающимся с часто повторяющимися однообразными движениями рук. Спустя 5 лет от начала работы формовщиком он стал замечать появление тупых болей в правой руке, особенно при физических нагрузках. Вскоре присоединились парестезии в пальцах правой кисти в ночное время. Объективно: мышцы предплечий и плеч развиты хорошо. Справа фасции истончены, пальпируются болезненные уплотнения округлой формы. Наибольшая болезненность отмечается в области прикрепления разгибателей к кости и правого мыщелка плечевой кости. По результатам динамометрии сила правой руки равна 23 кг, ле- вой- 42 кг.Задание: установите и обоснуйте диагноз; назначьте лечение и дайте медико- социальный прогноз при данном заболевании.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Больной С., 36 лет, штукатур с 14-летним стажем. При прохождении периодического медосмотра предъявлял жалобы на боли в правом плечевом суставе, особенно в начале работы. Боли усиливаются при подъеме и переноске тяжестей и отведении плеча. Объективно: при одевании и снятии одежды заметно щажение руки. Контуры плечевых суставов не изменены, закладывание

руки за спину неосуществимо из-за болей. Пальпация большого бугорка плеча и верхнего края дельтовидной мышцы болезненна. Отмечается хруст при движениях в плечевом суставе. Объективные данные со стороны внутренних органов без отклонений от нормы. Рентгенограмма плечевых составов: склероз площадки больного бугорка правой плечевой кости. Рентгенограмма шейно-грудного отдела позвоночника без патологии. Динамометрия: слева - 40 кг, справа - 15 кг. Задание: поставьте диагноз и решите вопрос о лечении и трудоспособности больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Больной О., 45 лет, обратился в поликлинику по месту жительства. Работает токарем-фрезеровщиком на заводе производящим кинескопы, в течение 12 лет занимается изготовлением деталей из сплавов. Концентрации сплавов в воздухе рабочей зоне, по данным заводской лаборатории, колебались в пределах 0,001-0,003 мг/м. При этом средства защиты органов дыхания от пыли использовались нерегулярно. Жалобы на слабость, повышенную утомляемость, одышку при ходьбе и приступообразный сухой кашель, которые беспокоят его около года, интенсивно нарастая после перенесенных острых респираторных заболеваний. При осмотре отмечается акроцианоз, похудание. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, в нижних отделах прослушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Задание: установите предварительный диагноз и составьте план дальнейшего обследования для уточнения диагноза.

КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

1. Перечислите призами токсико-химического отека легких (серый тип):
   1. Кожные покровы бледные.
   2. Кожные покровы цианотичные.
   3.Гипокапния.
   4.Гиперкапния.
   5.Ускоренная СОЭ.
2. Перечислите признай токсико-химического отека легких (синий тип):
   1.Кожные покровы бледные.
   2. Кожные покров цианотичные
   3. Гипокапния.
   4.Повышена температура тела.
   5. Преобладает альвеолярная фаза отека.
3. Острая сосудистая недостаточность наблюдается при:
1. Синем типе токсико-химического отека легких.
2.Сером типе токсико-химического отека легких.
3.Анафилактическом шоке.
4.Кдрдиогенном шоке.
4. Диагностические признаки профессионального бронхита:
   1.Дифф. поражение слиз.оболочки бронхов по нисходящему типу на дистрофической основе.
   2.Работа в условиях воздействия высоких концентраций пыли свыше 7 лет.
   3.Начало заболевания — кашель с мокротой.
   4.Начало заболевания после перенесенного острого бронхита или ОРВИ.
   5. Начало заболевания с инспираторной одышки.
5.Перечислите факторы базовой терапии проф. бронхита средней степени тяжести:
1. Лазольван в течение всего года.
2.Аэрозоли атровента в течение всего года.
3.Беродуал в аэрозолях для купирования одышки.
4.Направленные на борьбу с необратимой обструкцией.
5.Направленные на борьбу с обратимой обструкцией.
6.Атровент характеризуется:
1. Обладает антиоксидантным действием.
2.Обладает общесистемным действием.
3.Защищает дистальные отделы.
4. Не устраняет дискринию мокроты.
5.Оказывает влияние на дискринию мокроты.
6.Снижает гиперреактивность бронхов.
7.Используется для быстрого снятия бронхоспазма.
8.Блокирует ваготропное влияние на легкие.

9. Вдох — 20 мкг.
7. Рентгенологические признаки неосложненного пневмокониоза:
1.Узелки.
2. Корни легких обрублены.
3.Симметричные изменения в легких.
4. Изменения в легких ассиметричны.
5.Плевродиафрагмальные спайки.
8. Причины пневмокониозов:
1.Работа в условиях воздействия высокой температуры;
1.Угольная пыль
2.Кварцсодержащая пыль
3.Органическая пыль
4.Асбест.
9. Причины хронического альвеолита:
1. Инспираторная одышка.
2. Экспираторная одышка.
3. Мелкопузырчатые незвучные хрипы под лопаткой
4. Сухие свистящие хрипы.
5. Усиление сосудисто-бронхиального рисунка в нижних отделах легких.
10. Какой из тестов является специфичным для выявления интоксикации свинцом:
1. Повышение уровня дельта-аминолевуиновой кислоты в моче:
2. Снижение активности холинэстеразы
3. Снижение уровня гемоглобина
4. Гипербилирубинемия
5. Базофильнозернистые эритроциты в периферической крови более 20:10000
11. Воздействие какого химического вещества приводит к угнетению в сыворотке крови фермента холинэстеразы?
1.Мышьяк.
2.Ртуть
3. Фосфорорганические соединения.
4. Окислы азота.
5.Четыреххлористый углеводород.
12. В случае установления профессионального заболевания терапевт обязан:
1. Оформить акт расследования случая профессионального заболевания.
2. Послать экстренное извещение в центр гигиены и эпидемиологии.
3. Заполнить форму №88 и направить талон на МРЭК.
4. Выдать больничный лист.
5. Заполнить статистический талон.
13. Яды, вызывающие гематологические нарушения в виде анемии, перечислите:
1. .Бензол.
2. Мышьяк.
3. Свинец.
4. Ртуть.
5. Сероуглерод.
14. Яды, вызывающие гематологические сдвиги в виде сидероахрестической анемии:
1. Бензол.
2. Мышьяк.
3. Свинец.
4. Ртуть.
5. Сероуглерод.
15. Для хронического персистирующего гепатита характерно:
1. Доброкачественное течение.
2. Острое начало.
3. Гепатомегалия.
4. Повышение активности АсАТ, АлАТ, ЛДГ.
16. Холестатический синдром при токсическом гепатите характеризуется повышением:
1. Активности АсАТ, АлАТ, ЛДГ.
2. Щелочной фосфатазы.

3. Прямого билирубина.
4. Непрямого билирубина.
5. Желчных пигментов в моче.
6. Коэффициента Де-Ритиса.

17. Перечислите яды с выраженным гепатотропным действием:
1. Окись углерода.
2. Хлорированные углеводороды.
3. Бензол.
4. Дихлорэтан.
5. Ртуть.
6. Четыреххлористый углерод.
7. Кварцевая пыль.

18. Для проведения периодического осмотра (ПМО) лиц с вредными условиями труда необходимо составить:
1. Списки контингентов, подлежащих ПМО.
2. Календарный план-график проведения ПМО.
3. Карты-опросники по конкретным производственным факторам.
4. Поименные списки рабочих, подлежащих ПМО.

19. Система, которую повреждают бензол и его хлорированные производные (хлорбензол и др.), укажите:
1. Гепатобилиарная система.
2. Синтез порфиринов.
3. Лейкопоэз.
4. Эритропоэз.

20. Антидоты при отравлении свинцом, перечислите:
1.$CaNa_2$, ЭДТА.
2.Унитиол.
3. Метиленовый синий.
4.Тиосульфат натрия.

21. Свинцовая колика сопровождается:
1. Анемией.
2. Симптомами раздражения брюшины.
3. Сильными болями в правом подреберье.
4. Сильными схваткообразными болями в области пупка.
5. Вегетативной бурей.
6. Повышением в крови дельта-аминолевуиновой кислоты.

22. Нарушение обмена порфиринов наблюдается при отравлениях:
1. Свинцом.
2. Ртутью.
3. Марганцем.
4. Таллием.

23. Реактиваторы холинэстеразы, укажите:
1. Дипироксим.
2. Нитрит натрия.
3. Изонитрозин.
4. Унитиол.
5. Аллоксим.

24. Реактиваторы холинэстеразы центрального действия, укажите:
1. Дипироксим.
2. Нитрит натрия.
3. Изонитрозин.
4. Унитиол.
5. Аллоксим.

25. Наиболее вероятные пути поступления ядов при развитии отравления в условиях производства, перечислите:
1. Местное действие яда.
2. Резорбтивное действие яда через кожные покровы.

3. Энтеральный путь.
4. Ингаляционный путь.
26. Антидот при отравлении фосфорорганическими соединениями, укажите:
1. Бемегрид.
2. Унитиол.
3. Атропин.
5. Аллоксим.
6. Метиленовый синий.
27.Антидоты этиотропного действия, перечислите:
1. Метиленовый синий.
2. Унитиол.
3. $CaNa_2$, ЭДТА.
4. Дипироксим.
5. Атропин.
28. Антидоты патогенетического действия, перечислите:
1. Метиленовый синий.
2. Унитиол.
3. $CaNa_2$, ЭДТА.
4. Дипироксим.
5. Атропин.
29. Методы диагностики вибрационной болезни:
1. Оценка вибрационной чувствительности.
2. Холодовая проба.
3. Электромиография.
4. Капилляроскопия.
5. Элекрокардиография.
30. Для профессионального деформирующего остеоартроза характерно:
1. Доброкачественное течение.
2. Совпадение локальной нагрузки с наибольшими местными проявлениями болезни.
3. Длительный стаж работы в условиях воздействия местной перегрузки.
4. Распространенные поражения суставов.
5. Боли в суставах нарастают при движении и нагрузке.
31. Механизмы возникновения полиневропатии при проф. нейротоксикозах, перечислите:
1. При полисистемных поражениях.
2. Самостоятельная нозологическая форма.
3. Проявление прямого токсического поражения только нервной системы.
4. Полиневропатия только на смешанной основе (двигательной и чувствительной).
32. Наиболее частые клинические варианты профессиональных полиневропатий:
1. Двигательная.
2. Вегетосенсорная.
3. Сенсорная.
4. Смешанная.
33. Приобретенный (вторичный) иммунодефицит в условиях производства чаще вызывается:
1. Нарушением питания.
2. Инфекционным заболеванием.
3. Воздействием токсических веществ.
4. Стрессом.
5. Воздействием электромагнитных полей.
34. Лимфатические узлы выполняют роль:
1.Созревание иммунокомпетентных клеток.
2. Формирование иммунного ответа на антиген.
3. Очищение лимфы от токсических веществ.
5. Все ответы верны.
35.Главная задача в лечении приобретенного (вторичного) иммунодефицита:
1. Устранить его причину.
2. Принимать регулярно иммуностимуляторы.
3. Использовать электрокорпоральные методы лечения (плазмафорез, гемосорбция).

4. Высококалорийное питание.
5. Фитотерапия.

36. Наиболее важные клетки в формировании гуморального иммунитета:
1. Т-лимфоциты.
2. В-лимфоциты.
3. Купферовские клетки.
4. Моноциты.
5. Эозинофилы.

37. Какие клетки продуцируют иммуноглобулины?
1. Тромбоциты.
2. Базофилы.
3. Тучные клетки.
4. Плазматические клетки.
5. Эритроциты.

38. Немедленная аллергическая реакция (IgE-зависимая) может проявляться:
1. Риноконъюквальным синдромом.
2. Бронхоспазмом.
3. Крапивницей.
4. Анафилактическим шоком.
5. Хроническим бронхитом.

39. Замедленные аллергические реакции при проф. аллергозах характеризуются:
1. Наличием сенсибилизированных Т-лимфоцитов.
2. Повышенным уровнем иммуноглобулина Е.
3. Снижением титра комплимента.
4. Высоким содержанием иммунных комплексов.
5. Нарушением фагоцитоза.

40. Наиболее важный препарат для лечения анафилактического шока, укажите:
1. Димедрол.
2. Преднизолон.
3. Адреналин.
4. Кордиамин.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ

Номер вопроса	Правильные ответы:
1	1, 3.
2	2, 5.
3	2, 3.
4	1, 2, 3.
5	1, 2, 3, 5.
6	1, 6, 8, 9.
7	1, 2, 3, 5.
8	2, 3, 4, 5.
9	1, 5.
10	1, 3, 5.
11	3.
12	2, 5.
13	1, 2 , 3.
14	3.
15	1, 3.
16	2, 3, 5, 6.
17	2, 3, 4, 6.
18	1, 2, 3, 4.
19	1, 3,4.
20	1, 2.
21	1, 4, 5, 6.
22	1.

23	1, 3, 5.
24	5.
25	4.
26	3, 4.
27	2, 3.
28	1, 4, 5.
29	1, 2, 3, 4.
30	1, 2, 3.
31	1.
32	2, 3.
33	3, 5.
34	2, 3.
35	1.
36	2.
37	4.
38	1, 2, 3.
39	1,5.
40	2, 3.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ- -3 СТР.
2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ-4 СТР.
3. ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ-13 СТР.
4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ- 15 СТР.
5. ПРИЛОЖЕНИЯ-16-24 СТР
6. ЗАДАЧИ И ТЕСТЫ -25-31 СТР.
7. ОТВЕТЫ на ТЕСТЫ 32СТР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунова В.Н. Основные принципы работы врача в поликлинике, СПб, 1999. — 112 С.
2. Викторова И.А. Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти. – Автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук. – Омск. - 2004. – 43 С.
3. Земцовский Э. В. Соединительнотканные дисплазии сердца. - СПб 1998.— 94 С.
4. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение, диспансеризация). - СПб., 2000. – 271 С.
5. Клеменов А.В. Клиническое значение недифференцированной дисплазии соединительной ткани. - Автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук. – М. – 2005

6.Яковлев В.М. / В.М. Яковлев, Г.И. Нечаева // Кардио-респираторные синдромы.Омск1983.

7.Соколов В.А. Подолинный Г.И. Способ диагностики недиференцированной дисплазии соединительной ткани. Изобретения от 2006, 2008,2012 гг.