

## О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Н. ШАМАРДИН,

кандидат медицинских наук

Целью наших наблюдений было изучение отдаленных результатов лечения и установление эффективности профилактических мероприятий, проводимых с целью предотвращения рецидивов профессиональных заболеваний кожи.

Больные с профессиональными дерматозами, проживающие в Таллине, брались под диспансерное наблюдение в секторе профессиональных заболеваний Института экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР. Однако не все больные являлись на повторные обследования. В связи с этим в нашу работу включены наблюдения, сделанные над 82 больными, из них 35 страдали дерматитом, 42 — экземой и 5 — фолликулитами, некротическими язвами и гиперкератозом (табл. 1).

Таблица 1

Зависимость частоты заболевания кожи от пола и возраста больных

Группа исследуемых	Всего	Пол		Возраст (лет)			
		м.	ж.	20—29	30—39	40—49	50—59
Больные профессиональным дерматитом	35	7	28	9	10	10	6
Больные профессиональной экземой	42	12	30	14	10	11	7
Прочие	5	4	1	1	2	1	1
Итого:	82	23	59	24	22	22	14

Как видно из табл. 1, больные были в возрасте от 20 до 59 лет. Среди больных женщин было больше, чем мужчин, что, по-видимому, объясняется преобладанием женского труда на тех работах, где чаще наблюдаются профессиональные заболевания кожи. Наши данные совпадают с мнением Ф. И. Колпакова [3].

Продолжительность работы и сроки заболевания в различных группах обследованных были неодинаковы. У половины больных профессиональными дерматитами заболевание началось в течение первого года работы, а у больных профессиональной экземой в течение первого года работы заболевание возникло только у 6 из 42 больных.

Наиболее частыми раздражителями, вызывающими заболевание кожи, являлись химические вещества (табл. 3). Эти вещества вызывали



Таблица 2

Зависимость частоты заболевания кожи от стажа работы по данной профессии

Группа исследуемых	Всего	Стаж работы (лет)				
		до 1	1—2	2—3	3—4	4—10
Больные профессиональным дерматитом	35	18	4	6	2	5
Больные профессиональной экземой	42	6	14	4	5	13
Прочие	5	3	—	1	—	1
Итого:	82	27	18	11	7	19

поражение кожи по следующим причинам: несовершенство технологического процесса, нарушение правил техники безопасности, отсутствие или неэффективная работа вентиляции, нарушение герметизации производственных процессов, недостаточный инструктаж рабочих, отсутствие защитных средств или недостаточное использование их и несоблюдение правил личной гигиены.

Если рабочий имел контакт с веществами сенсибилизирующего действия, нами применялись

Таблица 3

Химические вещества, вызывающие кожные заболевания

Химические вещества	
Искусственные и естественные смолы (мочевинно-формальдегидный клей, бакелит, галалит, лаки, политура и т. д.)	32
Кислоты, щелочи	11
Нефтяные и сланцевые масла	11
Скипидар	9
Лекарственные вещества (стрептомицин, аминазин и др.)	5
Соединения хрома	5
Соли никеля	3
Формалин	2
Миканит	2
Нитрорастворитель	1
Цианистый калий	1
Итого:	82

накожные пробы для выявления чувствительности организма. Кожные пробы были проведены на 43 больных (капельным или компрессным методом). Оценка результатов проводилась через 24 часа. Стойкая гиперемия кожи на месте пробы рассматривалась как положительная реакция. У 38 из 43 больных результаты кожных проб оказались положительными, а у 5 отрицательными.

Дисперизация при профессиональных дерматозах состоит: 1) в устранении причин заболевания, 2) в трудоустройстве и лечении заболевших.

Если у больного было установлено профессиональное кожное заболевание, то о нем посылалось извещение в соответствующую санитарно-эпидемиологическую станцию. Промыленно-санитарный врач района производил расследование по поводу данного заболевания, составлял акт (соответствующие предложения администрации промышленного предприятия).

Придавая главное значение в комплексе диспансерных мероприятий условиям труда, мы уделяли большое внимание вопросам трудоустройства больных профессиональными заболеваниями кожи. По примеру Ф. И. Колпакова [4], при выдаче заключения рекомендовали — перевод больного на другую работу без указания срока, перевод на другую работу сроком до 2 месяцев или оставление на прежней работе. На дру-



гую работу без указания срока переводились больные с рецидивами профессионального кожного заболевания и у которых результаты накожных проб были положительными. Временный перевод на другую работу рекомендовался тем больным, у которых стаж работы по данной профессии был только несколько месяцев, кожное заболевание появилось впервые и накожные пробы были отрицательными. На прежней работе оставлялись больные, у которых дерматоз появился в связи с нарушением техники безопасности и у которых накожные пробы были отрицательные, а также люди с большим стажем работы, уходившие в ближайшее время на пенсию.

Администрации промышленных предприятий давались соответствующие предписания, а рабочим — советы по личной гигиене и применению индивидуальных защитных средств (защитная паста перед работой, питательный крем на ночь и т. д.).

Больные с профессиональными дерматозами получали амбулаторное или стационарное, а в некоторых случаях и курортное лечение. Для лечения экземы применялся бромистый натрий, хлористый кальций, витамины В<sub>1</sub> и С, димедрол и т. д. Одновременно с общим лечением назначали и местную терапию (примочки, ванночки, взбалтываемые смеси, мази и пасты, мази гидрокортизона или преднизолона), в зависимости от клинической формы экземы. Для лечения дерматитов достаточно было индифферентной местной терапии. У больных профессиональным дерматитом кожный процесс регрессировал в течение 7—29 дней. Больные с профессиональной экземой при обострениях были временно нетрудоспособными в течение самых разнообразных сроков (от 7 дней до 2 месяцев).

В процессе диспансеризации (от 3 месяцев до 2 лет) из 35 больных профессиональными дерматитами на другую работу были переведены 25, из них у 24 наступило выздоровление, и лишь только у одного дерматит приобрел экзематозное течение (на новом месте рабочий работал с другими раздражителями кожи). Из 10 больных дерматитами, остав-

Таблица 4

## Выздоровление больных с профессиональными дерматозами

Профессиональный дерматоз	Число	Переведены на другую работу		Продолжают работать	
		Общее число	Выздоровление	Общее число	Выздоровление
Дерматит	35	25	24	10	6
Экзема	42	24	17*	18	11
Прочие (фолликулиты, некротические язвы)	5	2	2	3	3

\* Кроме того, у 2 было отмечено улучшение.

ленных на прежней работе, у 6 было отмечено выздоровление (в этих случаях были изменены условия труда или соблюдались более тщательно правила личной гигиены), а у 4 наблюдались рецидивы (из последних у 2 заболевание приобрело экзематозное течение, так как они продолжали работать в прежних условиях). Отдаленные результаты лечения профессиональных дерматитов были хорошие и по данным Ф. И. Колпакова [4] и И. С. Беляцовой [1], Г. Я. Клебанова и соавторов [2].



Несколько хуже оказались результаты диспансеризации больных профессиональной экземой. На другую работу или на пенсию было направлено 24 больных, из них в течение срока наблюдения выздоровление отмечено у 17 обследованных, кроме того, у 2 наступило улучшение. Рецидивы были у 5 рабочих, из них двоих перевели на другую работу, но они продолжали работать с другими раздражающими кожу веществами. Из 18 больных профессиональной экземой, оставленных на прежней работе, у 11 рецидивов не было, а у 7 они появились в течение срока наблюдения вследствие того, что условия труда не изменились.

По данным Ф. И. Колпакова [4], результаты диспансеризации больных профессиональной экземой в городе Новосибирске оказались еще хуже. Так, например, из 10 больных с профессиональной экземой, направленных на другую работу, лишь у одного больного наблюдалось клиническое выздоровление. Из 19 больных профессиональной экземой, оставленных на прежней работе, у 7 рецидивы появились в срок до 5 месяцев.

Наш опыт показал, что диспансеризация больных с профессиональными заболеваниями кожи в масштабе города вполне осуществима. Комплекс мероприятий, проводимый по диспансеризации больных (соблюдение больными элементарных правил личной гигиены, изменение условий труда; профилактика, лечение), несомненно увеличит процент выздоравливающих рабочих и уменьшит количество больных, страдающих профессиональными дерматозами. Диспансеризация обеспечивает повторное и более глубокое обследование больного, лечение, проведение общих оздоровительных мероприятий и повышает эффективность лечения. Диспансеризация наших больных еще раз подтвердила, что больных с профессиональной экземой нельзя оставлять на прежней работе. Своевременный перевод больного после выздоровления на другую работу предотвращает рецидивы экземы, обуславливающей более длительную временную нетрудоспособность. В ходе диспансеризации был обнаружен ряд недостатков. В некоторых случаях имело место неправильное трудоустройство больных с профессиональными дерматозами. Так, администрация промышленного предприятия в некоторых случаях направляла больных на такую работу, где они имели контакт с другими раздражающими веществами, и поэтому выздоровления не наступало.

Промышленные врачи из санитарно-эпидемиологической станции не следят за тем, чтобы сделанные ими предложения действительно выполнялись. Поэтому имели место факты, когда условия работы после внесенных предложений не изменялись.

Для успешного проведения диспансеризации в крупных городах Эстонской ССР (Таллин, Тарту, Кохтла-Ярве), необходимо создать при больницах отделения профессиональных заболеваний, где имелся бы профпатолог-дерматолог, который совместно с врачами или фельдшерами здравпунктов осуществлял бы систематическое диспансерное наблюдение за взятыми на учет больными профессиональными дерматозами.

Кроме диспансерной, диагностической и лечебной работы отделение должно проводить профилактическую работу путем выезда на промышленные предприятия, где наблюдаются частые случаи профессиональных дерматозов.

Следует рекомендовать повышение квалификации врачей и фельдшеров здравпунктов и привлекать их к активному участию в борьбе с профессиональными дерматозами.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Белявцева И. С. Опыт диспансеризации больных аминазиновыми дерматитами. Гигиена труда и профессиональные заболевания, 1961, № 10, стр. 51.
2. Клебанов Г. Я., Абельский А. М., Бейдер А. В., Вайнер С. В., Власик В. С., Гольдфедер Я. М., Дудкина Д. Ф., Журавлева Л. Д., Кане Д. Б., Кубалнов М. Л., Колодезная Г. Б., Кутасников В. Я., Солодовников Б. М., Стройман Л. А., Шумкова Н. С. Итоги диспансеризации больных профессиональными дерматозами в диспансерах Ленинграда. Вестн. венерол. и дерматол., 1962, № 6, стр. 58—62.
3. Колпаков Ф. И. К вопросу о диспансеризации больных профессиональными заболеваниями кожи. Здравоохран. Российской Федерации, 1959, № 3, стр. 25—30.
4. Колпаков Ф. И. Опыт диспансеризации больных профессиональными заболеваниями кожи. Здравоохран. Российской Федерации, 1960, № 1, стр. 18—22.

Институт экспериментальной и клинической медицины  
Академии наук Эстонской ССР

Поступила в редакцию  
4. XII 1962

### PROFESSIONAALSEID NAHAHAIGUSI PÕDEVATE HAIGETE DISPANSEERIMISEST

N. Schamardin,  
meditsiinkandidaat

#### Resümee

Töö eesmärgiks on selgitada professionaalsete dermatooside ravi tulemusi ja retsiidiivide vältimist.

Dispanseeriti 82 haiget, kes põdesid professionaalset nahahaigusi (dermatiiti 35, kroonilist ekseemi 42, follikuliiti 5). Sagedamini olid professionaalsete dermatooside põhjustajaiks sünteetilised ja loomulikud vaigud (32 juhul), happed ja leelised (11 juhul), nafta- või põlevkiviõlid (11 juhul), tärpentin (5 juhul), streptomütsiin ja aminasiin (5 juhul), krooniühendid (5 juhul), niklisoolad (3 juhul) jne.

Ravi, mida kasutasime, ei erinenud oluliselt ravist, mida rakendatakse tavaliselt mitteprofessionaalse etioloogiaga dermatiitide ja ekseemide puhul. Võrreldes professionaalsete dermatooside etioloogiaga dermatiitidega, reageerisid ravile kiiremini viimased; nende ravi kestis 7—29 päeva, ekseemide ravi kestus oli 7—60 päeva. 35-st professionaalse dermatiidiga dispanseeritud haigest tervistus täiesti 30 (töötingimuste parandamise, individuaalsete töökaitsevahendite rakendamise või teisele tööle üleviimise tõttu). Ainult viiel töölisel, kelle töötingimused ei muutunud või kelle paigutamine teisele tööle ei katkestanud neil kokkupuutumist nahka ärritavate ainetega, esines retsiidiive. 42-st professionaalset ekseemi põdevast haigest tervistusid või paranesid 30 — peamiselt teisele tööle siirdumise tõttu, kus nad ei puutunud kokku nahka ärritavate ainetega. Retsiidiive esines 12 töölisel, kes jätkasid tööd endistes tingimustes või kes uuel töökohal sattusid uuesti kontakti nahka ärritavate ainetega, kuigi mitte enam samadega.

Seega tuleb professionaalsete nahahaiguste vastu võitlemisel pöörata kõige rohkem tähelepanu töötingimuste parandamisele, individuaalsete kaitsevahendite rakendamisele ja haigete õigele töökorraldusele. Tõelisi, kes põdesid allergilise iseloomuga dermatoosi, tuleb suunata teisele tööle, kus puudub kontakt nahka ärritavate ainetega. Professionaalsete nahahaiguste otstarbeka ravi korraldamiseks tuleks vabariigi suuremates linnades linnahaigla juurde organiseerida kutsehaiguste osakond, kus koos teiste tööstusarstidega töötaks ka dermatoloog, kes hooldleks professionaalsete dermatooside õigeaegse dispanseerimise eest.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia  
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Saabus toimetuses  
4. XII 1962



## ÜBER DIE DISPENSAREBEHANDLUNG BERUFSDERMATOSE-KRANKER

N. Schamardin

*Zusammenfassung*

Es wurden 82 Kranke, die an Berufsdermatosen litten, dispensairemässig behandelt. Die Dermatosen waren vornehmlich durch folgende Faktoren hervorgerufen: synthetische Werkstoffe, Säuren und Alkalien, Naphta- und Brennschieferöle, Terpentin, Streptomycin, Aminazin und Chromverbindungen.

Die Berufsekzeme reagierten auf die Therapie schneller (Behandlungsdauer 7—60 Tage) als die Berufsdermatiden (Behandlungsdauer 7—29 Tage).

Die Heilung wurde bei 65 Berufsdermatosekranken festgestellt (durch eine Besserung der Arbeitsbedingungen, durch individuelle Schutzmassnahmen oder Arbeitswechsel). Bei den übrigen Kranken wurden Rezidive beobachtet (diese Kranken setzten nämlich die Arbeit in den früheren Arbeitsbedingungen fort oder kamen auf ihrem neuen Arbeitsplatz mit hautreizenden Mitteln in Berührung).

Aus dem Gesagten folgt, dass bei der Dispensairebehandlung stets der Besserung der Arbeitsbedingungen, der Verwendung individueller Schutzmassnahmen, sowie einer richtigen Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden ist.

*Institut für experimentelle und klinische Medizin  
der Akademie der Wissenschaften der Estnischen SSR*

Eingegangen  
am 4. Dez. 1962