

В отделении измельчения и флотации на рабочих местах флотатора, машиниста питателя и машиниста мельниц средние значения максимально разовых концентраций пыли находились в пределах от 2,6 мг/м<sup>3</sup> до 3,8 мг/м<sup>3</sup>. Среднесменные концентрации пыли составили 1,4-3,0 мг/м<sup>3</sup>. Содержание диоксида кремния на рабочем месте машиниста питателя превышает предельно допустимые значения (4,0 мг/м<sup>3</sup>) в 1,5-2 раза.

В воздух ФСО выделяются дисульфид углерода, дигидросульфид, диоксид серы, а также мелкодисперсная пыль с содержанием меди. Максимально разовые концентрации пыли по средним значениям на рабочем месте аппарата сгустителей составили 1,4-1,9 мг/м<sup>3</sup>, среднесменные — 0,9-1,2 мг/м<sup>3</sup>. Эффект суммации комбинированного действия дигидросульфида и диоксида серы выше допустимого уровня в 1,2 раза.

В воздухе рабочей зоны растворщика реагентов, обслуживающего площадку щековой дробилки определялись концентрации О-бутилдитиокарбоната калия, оксида кальция, дисульфида углерода, дигидросульфида и диоксида серы. Содержание диоксида серы и дигидросульфида не превышало ПДК. Средняя концентрация оксида кальция превышала ПДК (1,0 мг/м<sup>3</sup>) в 2,6 раза в теплый период года и в 3,0 раза в холодный период года. Максимально разовые концентрации оксида кальция превышали ПДК в 2,9 и 3,3 раза соответственно. Значения максимально разовых концентраций дисульфида углерода составляли 11,3 мг/м<sup>3</sup> в теплый и 11,8 мг/м<sup>3</sup> в холодный периоды года (ПДК 10,0 мг/м<sup>3</sup>).

Производственные здания ОФ не имеют организованного естественного воздухообмена. В дробильном отделении отмечена неудовлетворительная работа аспирационных систем, т.к. местные укрытия не перекрывают источник выделения вредностей. Неэффективна вентиляция и в реагентном отделении (вытяжной зонты над ванной в растворяющей). На складе реагентов вентиляция не организована.

Таким образом, результаты изучения содержания пыли и вредных веществ в воздухе рабочей зоны ОФ свидетельствуют о том, что при обогащении медьсодержащих руд ведущими загрязнителями воздуха являются аэрозоль, содержащий диоксид кремния, и соединения серы (диоксид серы, дигидросульфид и дисульфид углерода). Наиболее интенсивному воздействию пыли подвержены дробильщики, грохотовщики, машинисты мельниц и транспортерщики, а соединений серы — сушильщики и растворщики реагентов.

В системе мероприятий по оздоровлению условий труда при обогащении медьсодер-

жащих руд ведущую роль должно играть совершенствование технологических процессов и санитарно-технических устройств.

## ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ КАК ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Басиев З.Г., Чельдиева З.В., Басиева О.З.

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»,  
Республиканская клиническая больница,  
Владикавказ, Россия*

Заболеваемость бронхиальной астмой (БА) повсеместно имеет тенденцию к увеличению (Чучалин А.Г., 2006). Аналогичная ситуация отмечена и в регионе Северного Кавказа (Хутуева С.Х., 2002). На территории Северной Осетии за последние годы улучшился процесс выявления и диспансеризации больных. Однако, апробированные ранее методы лечения БА не всегда оказывают должный эффект и нередко больные вынуждены повторно госпитализироваться из одного стационара в другой. Причинами такого явления наряду с полиэтиологичностью заболевания являются также сложные нейро-рефлекторные механизмы, изучение которых продолжается в крупных астмологических центрах. Несмотря на совершенствование патогенетической фармакотерапии в этих условиях нередко специалисты вынуждены использовать методы комплементарной терапии. В подобных ситуациях оправдано применение такого способа, как иглорефлексотерапия (ИРТ). Показанием для ее назначения служит недостаточная эффективность общепринятой фармакологической терапии, особенно при затянувшемся осложненном течении БА, когда контроль над симптомами не достигается. В ряде случаев остропротекающие астматические приступы побуждают к применению ИРТ с целью ускоренного воздействия на патогенетические механизмы астмы, когда налицо имеются признаки высокой возбудимости, а также преобладание нейро-рефлекторных нарушений. Метод ИРТ также применим при недостаточности предшествующей стандартной терапии в различных возрастных группах больных. Как показывает накопленный нами опыт, применение ИРТ практически оправдано и при сочетании БА с некоторыми сопутствующими заболеваниями. Обязательным условием применения ИРТ является согласие пациента на такой вид дополнительного лечения. Программа ИРТ проводилась в соответствии с общепринятыми методиками. Такой

метод лечения нами был применен у 43 больных БА в возрасте 29-65 лет с различной продолжительность заболевания. Все больные этой группы поступили в клинику в фазе тяжелого обострения. По канонам древневосточной медицины БА представляет собой наружный синдром Ян и внутренний синдром Инь. При лечении астматического приступа использовались точки возбуждения P1, E9, VC14,12,22 и тормозные точки V10,13,20,21. При лечении астматического приступа иглокальвание проводилось в точках P11, E9, VC14,12,22 в течение 5 минут (точки возбуждения), а также в тормозные точки V10, Vb20,21. Кроме того, применялось также поверхностное внедрение пучком игл в боковых поверхностях шеи, в плечевых областях и верхней части спины до проявления гиперемии кожи. При проведении ИРТ соблюдались условия охранительного режима. Во всех случаях переносимость такого лечебного пособия оказалась благоприятной отказов от ИРТ не было. При этом значительно быстрее достигались снижение частоты и интенсивности астматических приступов или полная их ликвидация. Период пребывания больного на койке сокращался на 3-4 дня. Экономическая целесообразность применения ИРТ, несомненно, обосновывает ее использование как дополнительного лечебного фактора при тяжелом течении астмы.

### РИНОПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Басиев З.Г., Паладянец В.Х., Басиева О.З.**

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»,  
Республиканская клиническая больница,  
Владикавказ, Россия*

Вопросы взаимоотношения патологии верхних и нижних дыхательных путей у больных различными формами бронхиальной астмы (БА) чрезвычайно важны. Аллергические и воспалительные процессы верхних дыхательных путей нередко предшествуют формированию бронхиальной астмы и могут осложнять ее течение. Значительный опыт диагностики и лечения БА убеждает, что ринопатология и БА — неразлучные спутники и лечение только одного компонента такой комбинированной патологии не может обеспечить надежность стабилизации заболеваний. Нередко ошибочная тактика в подобных ситуациях приводит к нарушению локального и общего иммунитета в организме, что может предопределить неблагоприятный прогноз БА и ЛОР-патологии. Нами целе-

направленно обследовано 105 больных со средне-тяжелой и тяжелой БА в возрасте 18-70 лет. Среди них 78% составили женщины, 22% — мужчины с разным стажем основного заболевания. За период наблюдения таких больных и их лечения в 52% случаев сформировалась гормонозависимость. Важно, что все больные на этапе поступления в клинику прошли полное клинико-лабораторное, функциональное и лучевое обследование. У 22% больных показаний для отоларингологического обследования не имелось. В 16% ринопатология не была выявлена. У остальных больных диагностирована следующие заболевания: аллергический круглогодичный ринит (16%), сезонный аллергический ринит (8%), искривление носовой перегородки (12%), рино-гаймориты (10%) и др. Следует подчеркнуть, что из числа 52% больных, имевших гормонозависимость, в 57% случаев имела ринопатология. У всех этих больных проводилось консультирование с отоларингологом, а также врачом аллергологом-иммунологом. В зависимости от течения основного заболевания параллельно выполнялась активная терапия заболеваний носа, глотки и придаточных пазух, включая фармакологическую коррекцию, лазеротерапию, а в части случаев в последующем были предприняты инвазивные вмешательства. При выписке такие больные были ориентированы на необходимость периодических осмотров и применения превентивной терапии в кабинетах оториноларингологии и аллергологии. Накопленный опыт показал, что обязательное ЛОР-обследование у больных БА и сочетанная комбинированная терапия этих заболеваний позволили добиться стабилизации заболеваний и в 98% случаев в этой группе пациентов было достигнуто улучшение.

### КОМПЛЕКСИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

**Басиев З.Г., Лаврова В.М.,  
Габараева Т.Ю., Дамзова Ф.Э.,  
Хугаева Ф.Т.**

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»,  
Республиканская клиническая больница,  
Владикавказ, Россия*

Бронхиальная астма (БА) в развитых странах становится одной из основных патологий и имеет тенденцию к увеличению (Чучалин А.Г., 2006, Хаитов Р.М., 2007). Сложность