

- интерпретировать специфические сигналы готовности собеседника начать коммуникацию или нежелание общаться;
- умение определить долю говорения и слушания в зависимости от ситуации и культурных норм среды общения;
- адекватно выражать свою мысль и уметь понять мысль собеседника;
- умение направить беседу в нужном направлении;
- сохранять принятую для данной культуры коммуникативную дистанцию;
- пользоваться вербальными и невербальными средствами, приемлемыми для данной культуры;
- умение приспособиться к социальному статусу коммуникантов и межкультурным различиям;
- умение корректировать собственное коммуникативное поведение;
- умение извлечь необходимую информацию из различных культурных источников (книги, фильмы, периодика, политические явления и т.д.) и дифференцировать ее с точки зрения значимости для межкультурной коммуникации.

Выводы. За достаточный уровень межкультурной компетенции обычно принимается совокупность языковой, коммуникативной и культурной компетенции, обеспечивающая возможность адекватного общения в конкретной социальной или этнической группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Развитие межкультурной коммуникации в обучении иностранным языкам. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://knowledge.allbest.ru/languages/2c0a65625b2ad68a4d43b88421316c27_3.html/. – Дата доступа: 26.11.2018 г.
2. Virtue's English dictionary : Encyclopedic edition (Ed. R. Ferrar - London : Virtue, 1966).
3. Проблема понимания в межкультурной коммуникации. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mirznanii.com/a/259256/problemy-ponimaniya-v-mezhkulturnoy-kommunikatsii/>. Дата доступа: 26.11.2018 г.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПНЕВМОКОНИОЗА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Могилевец О.Н., Дешко Т.А., Котова К.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В Республике Беларусь в различных отраслях экономики по данным на 2017 год всего занято 4353,6 тыс. человек (46% всего населения), в Гродненской области – 472,3 тыс. По результатам медицинских осмотров работающих во вредных условиях труда в 2017 году в условиях воздействия пыли,

в концентрациях, превышающих предельно допустимые, работало 13377 человек.

Пневмокониоз – профессиональное заболевание, вызванное длительным вдыханием производственной пыли и характеризующееся хроническим диффузным асептическим воспалением легких (пневмонитом) с развитием пневмофиброза. Клинические признаки неосложненного пневмокониоза не всегда соответствуют степени выраженности фиброзного процесса по данным рентгенологического исследования. Часто до выявления выраженных стадий заболевания данные пациенты могут не предъявлять каких-либо жалоб. Физикальное обследование нередко не обнаруживает патологию [1, 2, 3]. Согласно клиническим протоколам диагностики и лечения пациентов с пневмокониозами [1] диагноз устанавливают на основании оценки: профессионального маршрута – факт длительной работы в профессиях, связанных с воздействием производственной пыли; санитарно-гигиенической характеристики условий труда – работа в контакте с пылью, в концентрациях, превышающих предельно допустимые, кроме профессиональных гиперсенситивных пневмонитов (для формирования данной патологии достаточным является факт наличия аэрозоля в воздухе рабочей зоны); клинические проявления, бессимптомное течение не исключают факт наличия заболевания; результатов лабораторных, инструментальных данных, ключевым из которых является рентгенологическое обследование органов грудной клетки; биопсия легкого с морфологическим исследованием биоптата по показаниям. Скудность и неспецифичность клинической картины обуславливает характер пневмокониоза как диагноза исключения [2, 3].

Цель. Изучение особенностей эпидемиологии пневмокониоза в Гродненской области.

Методы исследования. Для анализа использовали индивидуальные карты амбулаторных больных (форма № 025/у-93), состоящих на диспансерном учете в областном центре профпатологии, журнал регистрации профессиональных заболеваний, журнал учета и наблюдения больных с профессиональными заболеваниями.

Результаты и их обсуждение. Всего на учете в Гродненском областном центре профпатологии по данным за 2018 год состоит 323 пациента с профессиональными заболеваниями. Всего пациентов с пневмокониозами – 21, что составляет 6,5%. Подавляющее большинство пациентов (19, 90,5%) – мужчины, что обусловлено преимущественной занятостью на данных видах работ именно мужчин, женщин – 2 (9,5%). Средний возраст пациентов на момент установления диагноза составил 46 (37; 52 года).

Диагноз пневмокониоза был установлен в Гродненском областном центре профпатологии – у 13 пациентов, в Республиканском центре профпатологии (г. Минск) – у 6, 2 случая – так называемые «привозные» пневмокониозы – пациенты, диагноз которым был установлен за пределами нашей страны, работавшие в Казахстане (г. Караганда) и Российской Федерации (г. Иркутск).

Среди пациентов, состоящих на учете жители Гродно – 7, Лиды – 13, Сморгони – 1. Хронологически диагноз установлен в 1985 – 2 пациентам, 1992 – 1, 1994 – 1, 1996 – 1, 1998 – 2, 1999 – 4, 2000 – 1, 2003 – 1, 2004 – 1, 2006 – 2, 2013 – 2, 2014 – 1, 2015 – 1, 2016 – 1 пациенту, соответственно.

Средний стаж работы в условиях воздействия производственной пыли на момент установления диагноза составил 21 (15; 24), при этом минимальный стаж – 10 лет. Пациенты работали в следующих отраслях промышленности: машиностроение – 11, строительная – 5, горнодобывающая – 2, стекольная – 1, легкая промышленность – 1, сельское хозяйство – 1. Профессии, среди которых выявлен пневмокониоз: электросварщик – 13, шахтер – 2, огнеупорщик – 2, по 1 случаю: пескоструйщик, шлифовщик, обрубщик, навесчик сажи.

Все пациенты работали в условиях воздействия пыли фиброгенного характера (класс 3.1-3.3). Кроме того, по данным санитарно-гигиенических характеристик рабочих мест, на пациентов воздействовали также другие профессиональные вредности: шум – в 10 случаях, вибрация – в 1, повышенная температура – в 3, тяжесть трудового процесса – в 7, напряженность – в 3. В связи с чем, в качестве сопутствующих профессиональных заболеваний у 3 пациентов установлена двусторонняя нейросенсорная тугоухость, у 1 – плечелопаточный периартроз.

Общий класс условий труда оценен как 3.1 – у 4 (19%) пациентов, 3.2 – у 9 (42,9%), 3.3 – у 8 (38,1%).

Диагноз пневмокониоза всегда сопровождается необходимостью рационального трудоустройства вне воздействия пыли, раздражающих и токсических веществ вне неблагоприятных метеоусловий, в связи с чем, всем пациентам установлена утрата профессиональной трудоспособности: 15% – 2 пациентам, 20% – 2, 25% – 3, 30% – 1, 40% – 1, 45% – 1, 50% – 2.

Рентгенологические формы пневмокониоза, зарегистрированные у наблюдаемых пациентов: интерстициальный – 13 случаев (61,9%), узелковый – 6 (28,5%), узловой – 1 (4,8%), смешанный – 1 (4,8%).

Нозологические формы диагноза: пневмокониоз электросварщика установлен 13 пациентам, силикоз – 3 пациентам, пневмокониоз от воздействия смешанной пыли – 3, антракосиликоз – 1, сажевый пневмокониоз – 1.

Таким образом, в Гродненской области наиболее часто регистрируется пневмокониоз электросварщиков – в 61,9% случаев. Высокодисперсный аэрозоль сложного состава, который образуется при электросварке и газорезке металлов может оказывать фиброгенное, токсическое, раздражающее, сенсibilизирующее действие. В качестве этиологического фактора у всех 13 пациентов при оценке условий труда установлено превышение содержания в воздухе рабочей зоны марганца и оксида железа (класс условий труда 3.1-3.3).

Пневмокониоз электросварщиков в большинстве случаев характеризуется доброкачественным течением. Обычно фиброзный процесс диагностируется через 15–20 лет после начала работы. Средний стаж работы пациентов данной группы

составил 20 (15; 23,%) лет. Как правило, рентгенологическая картина в начальной стадии пневмокониоза электросварщиков характеризуется усилением и деформацией легочного рисунка, диффузно по всем легочным полям. При прогрессировании процесса на данном фоне возникают четко очерченные, округлые, одинаковой формы и величины узелковые тени. Среди обследованных пациентов интерстициальная форма пневмокониоза электросварщиков установлена у 11 (84,6%), узелковая – всего у 2 (15,4%). При оценке функции внешнего дыхания ЖЕЛ при установлении диагноза составила 57% (45%; 71%), следует обратить внимание, что выявлена отрицательная корреляция ЖЕЛ со стажем работы (коэффициент корреляции Спирмена = -0,43), а также возрастом установления заболевания (коэффициент корреляции Спирмена = -0,7).

Морфологический субстрат пневмокониоза электросварщиков – отложение железосодержащей пыли в макрофагах, в интерстициальном межальвеолярном пространстве, внутригрудных лимфоузлах, фиброз обычно выражен слабо, воспалительная реакция отсутствует.

Чаще всего диагноз устанавливается на основании клинико-рентгенологических признаков с учетом санитарно-гигиенической характеристики рабочего места (превышение содержания фиброгенной пыли в воздухе рабочей зоны) и длительности работы.

Выводы. Клиническая картина пневмокониоза (как субъективные проявления, так и физикальное обследование пациентов) является малоинформативной. Особое внимание при проведении медицинских осмотров работающих в условиях воздействия пыли в концентрациях, превышающих предельно допустимые, следует обращать на рентгенологические изменения. Диффузный пневмосклероз, выявляемый при рентгеновском обследовании, в данных условиях может являться интерстициальной формой пневмокониоза, наиболее распространенной в Гродненской области. При оценке функции внешнего дыхания наиболее информативной является отрицательная динамика изменения объемных показателей (ЖЕЛ, ФЖЕЛ), оцениваемых при устройстве на работу и в дальнейшем ежегодно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с пневмокониозами (Приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.06.2013 № 751).
2. Ткачева, В.Н. Дифференциальная диагностика пневмокониозов с другими диссеминированными заболеваниями легких / В.Н. Ткачева // Лечебное дело. – 2006. – №2. – С.
3. Guidelines for the diagnosis and monitoring of silicosis // R. Fernández Álvarez [et al.] // Arch Bronconeumol. – 2015. – Vol. 51, N2. – P. 86-93.