**Профессиональные заболевания парикмахеров**

Цель: Выявить профессиональные заболевания парикмахеров. Проведение лечения и профилактики данных заболеваний.

Профессиональные болезни-заболевания, возникающие в результате воздействия на организм профессиональных вредностей.

Выделяются 5 групп профессиональных болезней.

К 1 группе относятся заболевания, вызываемые влиянием химических факторов: острые и хронические интоксикации и их последствия, протекающие с изолированным поражением различных органов и систем; болезни кожи (контактный дерматит, фотодерматит, меланодермия, фолликулиты, литейная лихорадка, фторопластовая (тифлоновая) лихорадка.

Ко 2 группе относятся заболевания связанные с воздействием пылевого фактора: пневмокониозы - силикоз, силикотозы, метллокониозы, карбокониозы, пневмокониозы от смешанных пылей, заболевания бронхолегочной системы, вызванные органическими пылями (биосиноз, багассоз и др.), хронический пылевой бронхит.

В 3 группу включены заболевания, вызываемые воздействием физических факторов: ( увибрационная болезнь; заболевания, развивающиеся в результате контактного воздействия ультразвука - вегетативный полиневрит; снижение слуха по типу кохнарного неврита;заболевания, связанные с воздействием электромагнитных излучений и рассеянного неврита; местное повреждение тканей лазерным излучением - ожоги кожи, поражения глаз электроофтальмия, катаракта, лучевая болезнь, местные лучевые повреждения, пневмосклероз; заболевания, связанные с изменением атмосферного давления - декомпрессионная болезнь, острая гипоксия.

К 4 групе относятся заболевания, возникающие в результате перенапряжения, заболевания периферических нервов и мышц - рецидивирующие невралгии, невриты, радикулоневриты, вегетативно-сенситивные полиневриты, шейно-грудные радикулиты, шейно-плечевые плекисты, вегетомиофасциты, миофасциты, координаторные неврозы - писчий спазм и другие формы функциональных дискинезий; заболевания опорно-двигательного аппарата - хронические тендовагиниты, заболевания голосового аппарата и органов зрения.

В 5 группу объединены заболевания вызываемые действием биологических факторов: инфекционные и паразитарные - туберкулез, сап, сибирская язва, кандидамикоз.

Различают острые и хронические заболевания.

Острое профессиональное заболевание (интоксикация) возникает внезапно, после однократного ( в течение не более чем одной рабочей смены). воздействия относительно высоких концентраций химических веществ, содержащихся в воздухе рабочей зоны, а также уровней и доз других неблагоприятных факторов.

Хроническая профессиональное заболевание развивается в результате длительного систематического воздействия на организм неблагоприятных факторов. Особенностью хронических заболеваний является постепенное нарастание симптомов болезни. (1)

В течение рабочего дня на организм парикмахера воздействует много неблагоприятных факторов: постоянное пребывание в помещение, длительное пребывание на ногах, влияние некоторых химических веществ при отдельных видах производимых работ (окраска, завивка), действие повышенной температуры (сушка), недостаточное количество ультрафиолетовых веществ и др.

Работа парикмахера связана с постоянным пребыванием на ногах. Поэтому большое значение имеет удобная обувь, которая должна соответствовать размеру ноги. При ношении узкой, тесной обуви могут развиться плоскостопие и другие заболевания. Лучше всего носить обувь на небольшом каблуке. Ношение обуви на высоких каблуках может повлечь развитие такого заболевания, как расширение вен, а обуви без каблуков - плоскостопие. Не следует во время работы носить слишком теплую обувь.

Общественный опрос показал, что у работников парикмахерских часто наблюдаются аллергические реакции, боли в спине и ногах.

Профессия парикмахера предполагает высокую нагрузку на ноги, поэтому у людей этой профессии очень часто развивается варикозное расширение вен.

Варикозное расширение вен - заболевание, характеризующиеся неравномерным увеличением просвета и длины вен, их извитостью, образование узлов в участках истончения венозной стенки. Поражаются преимущественно поверхностные вены нижних конечностей.

Различают первичное расширение вен нижних конечностей ( варикозная болезнь) и вторичное (симптоматическое), вызванное различными препятствиями оттоку крови по глубоким венам нижних конечностей (посттромбатическая болезнь, опухоли).

Варикозное расширение вен нижних конечностей встречается преимущественно у женщин. оно возникает, как правило, в молодом возрасте и развивается чаще всего в бассейне большой подкожной вены (70-85%), реже в системе малой подкожной вены (5-12%).

Фактором, предрасполагающим к возникновения варикозной болезни, являются врожденная слабость соединительной ткани стенки вен, неполноценность клапанного аппарата, гормональные нарушения. Развитию варикозного расширения вен способствуют условия, затрудняющие отток крови по венозной системе: систематическое пребывание на ногах, связанное с профессиональной деятельностью (парикмахера, официанта, продавца).

Застой крови в глубоких венах вызывает их расширение, приводящее к недостаточности коммуникативных вен, вследствие чего происходит сброс крови в подкожные вены, они растягиваются и удлиняются, возникают варикозные узлы.

Основным клиническим проявлением варикозное расширение вен служит расширение вен на задневнутренней поверхности голени. Отличаются повышенная утомляемость, судороги в икроножных мышцах. (2)

Профилактика и лечение. Ношение медицинских чулок, гольфов. Лекарственные препараты (анавенол, венорутин, эскузан).

Режим: чередование физических нагрузок и отдыха в положении лежа или сидя с приподнятыми ногами. Полезны езда на велосипеде, ходьба, плавание, контрастный душ, прием витаминов, нормализация веса тела. Выполнение упражнения: приподнятие на носках. Спать в постели с приподнятым на 5-7 ножным концом кровати.

Обувь на устойчивом каблуке (не выше 4 см).

Хирургическое вмешательство.

Бронхиальная астма - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующееся обратимой бронхиальной обструкцией и гиперреактивностью бронхов. Воспалительная природа заболевания, связанная с воздействием специфических и неспецифических факторов, проявляется в морфологических изменениях стенки бронхов - инфильтрации клеточными элементами, прежде всего эозинофилами, дисфункции ресничек мирнательного эпителия, деструкции эпителиальных клеток, вплоть до десквамации, дезорганизации основного вещества, гиперплазии и гипертрофии слизнетых желез и бокаловидных клеток. В воспалительном процессе участвуют также другие клеточные элементы, в том числе тучные клетки, лимфоциты, макрофаги.

Длительное течение воспаления приводит к необратимым морфофункциональным изменениям, характеризующимся резким утолщением базальной мембраны с нарушением микроциркуляции, и склерозу стенки бронхов.

Описанные изменения приводят к формированию бронхообструктивного синдрома, обусловленного бронхоконстрикцией, отеком слизистой, дискринией и склеротическими изменениями. В зависимости от этиологического фактора заболевания, тяжести течения и этапа болезни можно преобладать тот или иной компонент бронхиальной обструкции.

Основным патофизиологическим признаком считается гиперреактивность бронхов, являющаяся следствием воспалительного процесса в бронхиальной стенке и определяемая как повышенная чувствительность дыхательных путей к стимулам, индифферентным для здоровых лиц. Под специфической гиперреактивностью бронхов понимают повышенную чувствительность бронхиального дерева к определенным аллергенам, поднеспецифической - к разнообразным стимулам неаллергенной природы.

Как известно, основная особенность бронхиальной системы больного астмой - её выраженная гиперреактивность на многие раздражители аллергического и неаллергического (неспецифического) происхождения. к последним относятся многочисленные химические вещества, особенно обладающие резким запахом, с которыми больной может контактировать в быту или на производстве. К типичным неспецифическим раздражителям, вызывающим приступы у многих больных любой формы астмы, можно отнести:

запахи духов, масляной и нитрокрасок, канифоли, горелого масла, выхлопных газов, сернистого газа, бензина, растворителей (ацетона) и др.

Так называемую инертную пыль, вызывающую механическое раздражение дыхательных путей.

холодный (реже горячий) воздух

форсированное дыхание, смех

физическую нагрузку

изменение погоды, особенно падение барометрического давления, дождь, ветер, снег, похолодание.

Отчасти этим объясняются типичные обострения любой формы астмы, кроме пыльцевой, ранней весной и поздней осенью. (3)

Бронхиальная астма может быть классифицирована по этиологии и степени тяжести. До настоящего времени отсутствует единая мировая классификация Бронхиальная астма по этиологическому фактору, однако большинство исследователей выделяют Бронхиальную астму атоническую (экзогенную, аллергическую, иммунологическую) и неатопическую (эндогенную, неиммунологическую).

По степени тяжести Бронхиальную астму классифицируют на легкое, среднетяжелое и тяжелое заболевание. Тяжесть течения определяется врачом на основании комплекса клинических и функциональных признаков, включающих в себя частоту, тяжесть и продолжительность приступов экспираторного диспноэ, а также состояние больного в периоды, свободные от приступов. Степень тяжести течения заболевания может быть характеризована следующими критериями.

При легкой степени тяжести течение заболевания обычно характеризуется отсутствием классических развернутых приступов удушья, симптомы отмечаются реже 1-2 раз в неделю и кратковременны. Ночной сон пациентов характеризуется пробуждением от респираторного дискомфорта реже 1-2 раз в месяц. В межсимптомный период состояние больных стабильное.

Исследуемые показатели принимают нормальные должные значения после ингаляции бронходилататоров.

Астма среднетяжелого течения характеризуется возникновением развернутых приступов удушья, возникающих чаще 1-2 раз в неделю.

Приступы ночной астмы рецидивируют чаще двух раз в месяц. ПОСвыд или ОФВ1 составляет 60-80'% от должных величин.

Астма тяжелого течения характеризуется частыми обострениями заболевания, представляющими опасность для жизни пациента, продолжительными симптомами, частыми ночными симптомами, снижением физической активности, наличием сохраняющихся симптомов в межприступный период. ПОСвыд или ОФВ1 < 60% от должных величин, не восстанавливаются до нормальных значений после ингаляции бронхолитических препаратов, суточный разброс показателей более 30%.

Комплексная лечебная программа включает в себя: - Образовательную программу пациентов.

- Динамический контроль тяжести заболевания и адекватности проводимой терапии с помощью клинических и функциональных исследований.

- Элиминацию или контроль причинных факторов.

- Разработку плана медикаментозной терапии.

- Профилактику обострения и разработку плана его лечения.

- Динамическое наблюдение за больным.

Особую значимость имеет сенсибилизация аллергенами бытового окружения пациента, что заставляет применять мероприятия, направленные на снижение их концентрации в жилище больного. Наличие профессиональной Бронхиальной астмы заставляет рассматривать вопрос о смене рабочего места пациента. Важнейшими аспектами санитарно-гигиенических мероприятий являются соблюдение гипоаллергенной диеты, входящей в ранг обязательных мероприятий при наличии пищевой аллергии, поддержание чистоты воздуха в жилище пациента, отказ от курения

Лечение Бронхиальной астмы легкой степени тяжести предполагает, в зависимости от клинических симптомов, постоянное или эпизодическое (перед ожидаемой физической нагрузкой или контактом с аллергеном) применение кромогликата натрия. Ингаляционные В2-агонисты применяются по потребности, но не чаще трех раз в неделю.

Медикаментозная терапия Бронхиальной астмы среднетяжелого течения предусматривает ежедневное использование противовоспалительных препаратов (ингаляционные глюкокортикостероиды в дозе до 1000 мкг в сутки, кромогликат натрия) , ежедневный прием В2-агон истов по потребности, но не более 3-4 раз в день. Возможно применение пролонгированных бронхолитиков, особенно при появлении ночных приступов удушья. В ряде случаев целесообразно включение в схему лечения ингаляционных холинолитиков.

Лечение Бронхиальной астмы тяжелого течения включает ежедневный прием ингаляционных глюкокортикостероидов в дозе свыше 800 мкг в сутки под контролем врача, возможно системное применение глюкокортикостероидов, показано использование пролонгированных бронхолитиков в сочетании с плановым приемом ингаляционных В2-агонистов короткого действия утром и по потребности в течение суток, но не более 3-4 раз в день. (4)

Аллергические контактные дерматиты возникают у лиц, кожа которых приобрела повышенную чувствительность к определенному аллергену. В результате сенсибилизации развивается аллергическая реакция замедленного типа. Сенсибилизация легче развивается у лиц с наследственной предрасположенностью к аллергическим реакциям.

Аллергенами могут оказаться самые разнообразные химические вещества. Распространены аллергические дерматиты, связанные с воздействием на кожу солей хрома, вазелина, этилового спирта, этиленгликоля, а также коричного альдегида, и эфирных масел, содержащихся в косметических средствах, душистых веществ, входящих в состав туалетного мыла, урсола (краситель меха, которым иногда пользуются женщины для окраски волос, бровей и ресниц).

Клиническая картина аллергического дерматита имеет некоторые особенности: воспалительный процесс, как правило, проявляется эритремой и экссудативными явлениями.

Назначают гипосенсибилизирующие средства (антигистонные, теосульфат кальция).

Профилактика: исключение контакта с выявленными аллергенами. (5)

В краске для волос, которыми пользуются парикмахеры в своей работе, содержится вещество урсол, которое при несоблюдении правил безопасности, может вызывать аллергические реакции, в том числе и аллергическую экзему.

Экзема - аллергическое заболевание, характеризующееся многообразием сыпи, появлением на коже пузырьков, образованием корочек. Этой болезни свойсвенны хроническое течение, частые обострения, выраженные невротические расстройства (зуд, нарушение сна вплоть до бессонницы, плаксивость).

человек заболевает экземой от многих причин. В основе болезни лежит значительные изменения реактивности организма человека, обусловленное расстройствами нервной и эндокринной систем, нарушениями обмена веществ, изменениями функций печени, кишечника .

Указанное расстройство могут быть вызваны воздействием на организм разнообразных внешних раздражителей при одновременном наличии внутренних нарушений, выражающихся в развитии повышенной чувствительности ко многим аллергенам. Повышенная чувствительность определяется методом кожных проб и исследованием аутоаллергических сдвигов в организме, устанавливаемых у ряда больных специальными серологическими реакциями. (6)

В заключение надо сказать о важности занятий физкультурой и постоянном закаливании организма. Это положение полностью относится к работникам парикмахерской, т. к. их работа связана с пребыванием в помещении и по своему характеру малоподвижно.

Регулярное занятие утренней гимнастикой, обтирание, систематические занятия спортом предохраняют организм от заболеваний и укрепляют здоровье.

Длительная нагрузка на стопы при ношении обуви без каблуков может привести к развитию плоскостопия. Плоскостопие бывает продольное, поперечное или же продольное и поперечное вместе на одной стопе. Дело в том, что нормальная, здоровая стопа имеет две кривизны. Их уплощение, а тем более отсутствие - есть плоскостопие в той или иной степени.

Основной признак продольного плоскостопия - уменьшение или полное исчезновение продольной выемки стопы. Первое следствие этого - быстрая утомляемость ног не только во время ходьбы, но и при длительном стоянии (особенно при работе в положении стоя). Ну а потом - болевой синдром в икроножных мышцах и в своде стопы, частое подвертывание стоп. Опора на внутренний карай стопы приводит к косолапости, вследствие чего обувь деформируется, изнашивается её внутренний край - не только по длине всей подошвы, но и на каблуке.

Поперечное плоскостопие характеризуется распластонностью переднего отдела стопы и является одной из причин деформации пальцев. При этом большой палец как бы «вывихивается»: его конец начинает косо отклонятся наружу, у основания появляется костное утолщение, которое нарастает в виде болезненной «шишки» ( её научное название «галлюкс вальгус» - рис. 1) Обычно такое утолщение заметно даже при обутой ноге, т. к. значительно деформирует обувь.

В начальной стадии искревление большого пальца рекомендуется использовать треугольный тампон - вкладыш из ваты и кусочка марли, который закладывается между дольшим и указательным пальцами. его длина соответствует длине пальцев, а толщина должна обеспечивать выпрямление положения большого пальца.

Деформация большого пальца, пожалуй, - наиболее заметное и болезненное, но не единственное последствие поперечного плоскостопия, по той же причине костное разрастание может возникнуть и на мизинце, в основной его фаланге, а третий и четвертый пальцы сгибаются и особенно во вторых фалангах и так, полусогнутые, выпячиваются вверх (рис. 2).

Профилактика и лечение. (рис. 3 - 18)

Исходное положение сидя, ноги согнуты в коленях под прямым углом, руки опущены; поднять носки, стопы опустить. Повторить 10-20 раз, темп средний. (рис. 3)

Исходное положение сидя; поднять пятки и опустить. Повторить 10-20 раз. (рис.4)

Исходное положение сидя; ноги соединены; развести носи ног в стороны и свести, не отрывая стоп ног от пола. Повторить 10-20 раз(рис.5)

Исходное положение сидя; развести пятки и свести, не отрывая ног от пола. Повторить 10-20 раз (рис.6)

Исходное положение сидя; Одновременно поднять носок правой ноги и пятку левой ноги и наоборот. Повторить 10-20 раз (рис. 7)

Исходное положение сидя; Не отрывая стоп от пола, одновременно развести в сторону носки, затем пятки, передвигая таким образом ноги на 6-8 счетов в сторону, и также вернуться в исходное положение. Повторить 4 - 6 раз. (рис. 8)

Исходное положение сидя, под стопами гимнастическая палка диаметром 5-8 см; прокатывать палку стопами от носков до пяток и обратно. Продолжать в течении 1 минуты. (рис.9)

Исходное положение сидя, стопы ног соединены, под сводом стоп палка; развести стопы и свести, стараясь не отрывать свода стоп от палки. Повторить 10-20 раз (рис.10)

Исходное положение сидя, под стопами ног резиновый мяч; прокатить мяч от носок до пяток и обратно. Продолжать в течении 1 минуты. (рис.11)

Исходное положение сидя, стопы ног на полу; подогнуть пальцы и, не отрываясь от пола продвинуть пятки вперед. На на 6-8 счетов двигаться вперед и, также подгибая пальцы на тот же счет возвратить стопы в Исходное положение. Повторить 10-20 раз (рис.12)

Исходное положение сидя на месте и подогнув пальцы ног. Ходьба - 20-30 сек., затем на наружном крае стоп - 20-30 сек.. (рис.13)

Исходное положение сидя, правая нога лежит на колене левой ноги, круговые движения в голеностопном сусаве правой ноги по часовой и против часовой стрелки. Повторить 10 раз. (рис.14)

Исходное положение сидя, руки опущены, стопы стоят на полу; отвести большие пальцы стоп и привести, вернуть их обратно. Повторить 10раз (рис. 15)

Требование к устройству и оборудованию парикмахерских.

В парикмахерских предусматриваются следующие помещения: вестибюль, гардероб для посетителей, зал ожидания, рабочий зал, помещение для сушки волос, подсобное помещение, помещение для отдыха, гардероб для персонала, кладовая для чистого белья, кладовая для грязного белья, кладовая для парфюмерии, помещение для администрации, санитарный узел и душ.

Парикмахерские, имеющие менее трех рабочих мест, оборудуют вешалками для верхней одежд поситителей.расстояние от туалетных столов до мест ожидание должно быть не менее 1, 5 м. если парикмахерская рассчитана на одно рабочее место, то площадь рабочего зала должна составлять не менее 8 кв.м.

в парикмахерских, имеющих более пяти рабочих мест, предусматривается несколько помещений.

площадь зала ожидания определяется из расчета 2, 5кв.м. на одно рабочее место.

Рабочий зал для обслуживания женщин должен иметь площадь из расчета 8кв.м. на одно рабочее место, а для обслуживания мужчин-6 кв.м. Ширина рабочего зала должна быть не менее 5 м.

Рабочее место парикмахера должно иметь следующие размеры: расстояние между креслами 1.3.м ;ширина рабочего места, включая кресло, не менее 1.8м. Расстояние от крайнего кресла до стены 0.7.м .

Подсобное помещение парикмахерской должны иметь раковины, горячую и холодную воду.

Кладовые предназначены для раздельного хранения грязного и чистого белья, парфюмерии. Рекомендуемая площадь помещений кладовых: 1, 5 кв. м. на каждое рабочее место.

Помещение для отдыха работников парикмахерской оборудуется раковиной для мытья рук и столом для приема пищи. При комнате отдыха должно быть помещение для гардероба.

Вывод: Все профессиональные заболевания обусловлены воздействием на организм профессиональных вредностей. В работе парикмахера можно выделить следующие вредности: постоянное пребывание в помещение, длительное пребывание на ногах, влияние некоторых химических веществ при отдельных видах производимых работ (окраска, завивка), действие повышенной температуры (сушка), недостаточное количество ультрафиолетовых лучей и др. Исследование показало, что наиболее часто встречаются аллергические реакции (аллергические дерматиты, экзема) и заболевания ног (варикозное расширение вен нижних конечностей и плоскостопие), значительно реже можно встретить среди парикмахеров заболевание бронхиальной астмой.

Так как работа парикмахера связана с пребыванием в помещении и по своему характеру малоподвижно, то очень важно вести здоровый образ жизни. Регулярное занятие утренней гимнастикой, обтирание, систематические занятия спортом предохраняют организм от заболеваний и укрепляют здоровье.

**Список литературы**

№1 Покровский В. И. «Малая Медицинская энциклопедия» В 8 т. Т5 М. 1996

№2 Покровский В. И. «Малая медицинская энциклопедия» В 8 т. Т1 М. 1991

№3 Пыцкий В. И., Адрионова Н. В., Артомасова А. В. «Аллергические заболевания» М. 1984 272с

№4 Электронные рефераты/ Медицина и здоровье/Бронхиальная астма

№5 Покровский В. И. «Малая медицинская энциклопедия» в 8т. Т2 М-1991

№6 Адо В. «Аллергия» М-1985 160с.

№7 Транквиллитати А. Н. «Если у вас болит спина» М. - 1989 47с