

На правах рукописи

**ВАСЮКОВА ГАЛИНА ФЕДОРОВНА**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**14. 00. 05. – внутренние болезни**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Самара 2005**

Работа выполнена в ГОУВПО «Самарский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации.

Научный руководитель – Заслуженный деятель науки РФ  
доктор медицинских наук,  
профессор Косарев Владислав Васильевич

Официальные оппоненты – доктор медицинских наук,  
профессор Мовшович Борис Львович  
– доктор медицинских наук  
Кузьмин Александр Захарович

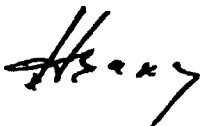
Ведущая организация – ГОУВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2005 г. в \_\_\_ час.  
на заседании диссертационного совета К 208. 085. 02 при ГОУВПО  
«Самарский государственный медицинский университет» (4430079, г.  
Самара, Проспект Карла Маркса, 165 Б).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУВПО  
«Самарский государственный медицинский университет» (443 001,  
г. Самара, ул. Арцыбушевская, 171).

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2005 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук,  
профессор



Н. О. Захарова.

2006-4  
29785

2242874  
3

### ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

#### Актуальность исследования

Проблема профессиональной заболеваемости медицинских работников приобретает сегодня все большую актуальность в связи с резко возросшим темпом и интенсивностью рабочей активности персонала, повышением качества его труда. Произошедшие в последнее десятилетие радикальные перемены в обществе оказывают дополнительную психологическую нагрузку на медицинский персонал, требуя более качественной работы в значительно короткие сроки при экономически ограниченном обеспечении учреждения здравоохранения, как в целом по Российской Федерации, так и по Самарской области. Низкая оплата труда медицинских работников в условиях развития рыночной экономики заставляет работать, часто пренебрегая временем, предусмотренным на отдых для восстановления физического и эмоционального баланса организма, огромная ответственность за конечный результат своей деятельности – жизнь пациента – приводят к перенапряжению отдельных органов и систем, возникновению заболеваний (Косарев В.В, 1998; Ларенцова Л.И., Максимовский Ю.М., Соколова Ю.Д., 2001; Измеров Н.Ф., 2002).

Провести анализ профессиональной заболеваемости работников здравоохранения (1 класс профессионального риска) побудил нас значительный рост профессиональной патологии за последние годы. Показатель заболеваемости медицинских работников по Самарской области на 10 тысяч работающих в отрасли составил в 2002 году – 8,6, в 2004 году – 11,5. По Российской Федерации в целом данный показатель составляет 2,0 на 10000 работающих. К примеру, в цветной металлургии, которая относится к 12 классу профессионального риска, этот показатель 13,45, в нефтехимической промышленности (6 класс) – 2,30, в электроэнергетике (2 класс) – 0,87 на 10000 работающих.

В настоящее время условия труда в учреждениях здравоохранения не исключают дальнейшего роста профессиональных болезней. Необратимость течения многих из них, наличие тяжелых осложнений, высокие проценты утраты профессиональной трудоспособности и инвалидизации придают большую актуальность анализу особенностей профессиональных заболеваний медицинских работников с целью совершенствования санитарно – гигиенических условий труда, повышения класса профессионального риска, увеличения материальной компенсации (заработанной платы) труда медицинских работников.

РОС. НАЦИОНАЛЬНАЯ  
БИБЛИОТЕКА  
С.Петербург  
02 308 054

### **Цель исследования**

Улучшение диагностики профессиональных болезней медицинских работников на основе изучения особенностей возникновения, течения и прогноза наиболее распространенных заболеваний.

### **Задачи исследования**

1. Изучить условия труда медицинских работников на основе данных «Территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека», выделить основные производственные вредности.
2. Провести анализ профессиональной заболеваемости медицинских работников Самарской области в динамике за период с 1990 по 2004 гг.
3. Выявить факторы, определяющие характер, тяжесть течения профессиональных заболеваний медицинских работников.
4. В структуре профессиональных заболеваний медицинских работников выделить наиболее распространенные нозологические формы.
5. Описать клинику, прогноз наиболее распространенных профессиональных заболеваний медицинских работников (вирусные гепатиты, туберкулез, бронхиальная астма).

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. По частоте и многообразию профессиональных заболеваний (все нозологические формы списка профзаболеваний - приказ МЗ РФ № 90 от 16 . 03. 1996г ) труд медицинских работников относится к высокому классу профессионального риска.
2. Клинические, прогностические особенности течения профессиональных заболеваний медицинских работников.
3. Основные профессиональные заболевания медицинских работников, особенности их диагностики, клиники и профилактики..

### **Научная новизна**

Доказан высокий риск развития профессиональных заболеваний в здравоохранении при современных условиях труда, характеризующихся сочетанным, комплексным и комбинированным воздействием на работающего профессиональных вредностей малой интенсивности.

Уточнена и обоснована этиологическая классификация профессиональных заболеваний медицинских работников.

Впервые изучены и систематизированы факторы, влияющие на характер течения и прогноз профессиональных заболеваний медицинских работников (стаж, специальность, качество диагностики и лечения, своевременность трудоустройства и другие).

На основании изучения причин возникновения, особенностей течения и исходов профессиональных заболеваний доказан их управляемый характер (возможность предотвращения возникновения заболевания, стабилизация течения, выздоровление).

### **Практическая значимость**

Материалы проведенного исследования используются при разработке и внедрении мер профилактики профессиональных заболеваний и охраны здоровья медицинских работников Самарской области

Оценена эффективность предложенного комплекса лечебно-профилактических мероприятий по диагностике, лечению и реабилитации медицинских работников с профессиональными заболеваниями на базе центра профпатологии Самарской области.

Объективные данные о профессиональной заболеваемости в отрасли служат основанием к пересмотру класса профессионального риска работников здравоохранения, позволяют оптимизировать меры профилактики, повысить самоконтроль медицинских работников по соблюдению мер безопасности на рабочем месте.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Результаты исследования включены в методические разработки для врачей с целью систематизации знаний для выявления ранних признаков профессиональных заболеваний медицинских работников и мер их профилактики, используются в учебном процессе кафедры профессиональных заболеваний СамГМУ, включены в курс лекций для студентов и врачей института постдипломной подготовки. Практические рекомендации используются в работе Самарского областного центра профпатологии.

### **Апробация работы**

По теме проведенных исследований опубликовано 10 работ, перечень которых проводится в заключительной части автореферата. Материалы диссертации докладывались на научно-практической

конференции «День университета» (Самара, 1998), на Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны и безопасности труда» (Самара, 2002), на Первом Всероссийском Конгрессе «Профессия и здоровье», (Москва, 2002), на Третьем Всероссийском Конгрессе «Профессия и здоровье» (Москва, 2004), на научно-практической конференции «Актуальные вопросы профессиональной патологии в оториноларингологии» (Самара, 2005), на 10-ом Всероссийском Конгрессе «Экология и здоровье человека» (Самара, 2005).

### **Структура и объем работы**

Диссертация изложена на 154 страницах машинописного текста. иллюстрирована 16 таблицами, 18 рисунками, 10 клиническими примерами. Работа состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной методам и материалам исследований, 4 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 300 наименований работ, из которых 93 зарубежных авторов.

### **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

#### **Клиническая характеристика обследованных групп медицинских работников, материалы и методы исследования**

Нами проанализированы истории болезни всех медицинских работников, обратившихся на клинико-экспертную комиссию Областного центра профессиональной патологии (КЭК ОЦП) за 14 лет с 1990 по 2004 годы (с 1996 года все пациенты обследованы лично автором). Динамика профессиональных заболеваний за этот период представлена на рисунке 1.

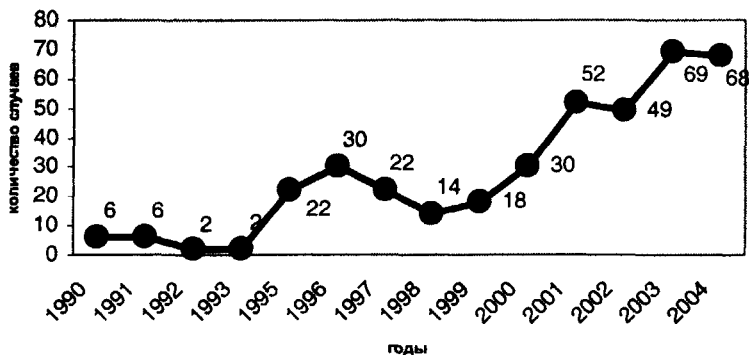


Рис. 1. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области с 1990 по 2004 годы

Всего за указанный период профессиональные заболевания диагностированы у 397 человек. Диагноз ставился на основании общепринятых правил диагностики профессиональной патологии: амбулаторное или стационарное обследование в центре профпатологии с анализом санитарно-гигиенических характеристик условий работы, выписка из амбулаторной карты, данных профосмотров, копий трудовых книжек; в случае инфекционного заболевания - карт эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания. Диагноз каждого пациента утверждался клинико-экспертной комиссией (КЭК) центра профпатологии.

Все лица с выявленной профессиональной патологией были разделены на группы в зависимости от профессиональной принадлежности. Среди обследованных было 147 врачей, 196 медсестер, 15 фармацевтов, 3 провизора, 18 лаборантов, 4 зубных техника, 14 человек младшего персонала.

С целью анализа профессиональной заболеваемости медицинских работников были изучены и обобщены отчетные материалы основных показателей заболеваемости в Самарской области, полученные из «Территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» (карты учета профессиональных заболеваний, форма № 24), истории болезни медицинских работников Самарского центра профессиональной патологии за период 1990 – 2004 гг., проведен их углубленный анализ.

Следующий этап исследования заключался в изучении особенностей течения наиболее распространенных профессиональных заболеваний медицинских работников: вирусных гепатитов, туберкулеза и бронхиальной астмы.

С целью диагностики профессионального туберкулеза легких проводились общепринятое во фтизиатрической практике обследование. В сложных диагностических случаях применялись линейные, томографические исследования на оптимальных срезах и компьютерная томография Микобактерии туберкулеза в исследуемом материале выявлялись методом микроскопии по Цилю-Нильсену и методом посева на стандартную среду Ливенштейна-Йенсена. Пациенты, страдающие туберкулезом, консультированы на кафедре фтизиатрии СамГМУ (заведующий – доктор медицинских наук, профессор Б.Е.Бородулин).

Изучение вентиляционной функции лёгких проводили с помощью компьютерного пневмотахографа "Custo Yit" (Австрия).

Для подтверждения профессионального генеза бронхиальной астмы определялась чувствительность к производственным аллергенам методом постановки CD45 – теста. Это запатентованный метод Самарского диагностического центра, в основу которого положено определение изменения интенсивности флюоресценции меченных ФИТЦ CD45+ - лимфоцитов после инкубации периферической крови пациентов с физиологическим раствором и растворами химических веществ (предполагаемых аллергенов) с использованием моноклональных антител к общелейкоцитарному антигену CD45 и проточной лазерной цитофлуориметрии. Степень изменения интенсивности флюоресценции меченных ФИТЦ CD45+ - лимфоцитов после инкубации с химическими веществами относительно контрольной пробы выражалась в виде коэффициента сенсibilизации (КС). Исследование проводилось с двумя разведениями химических веществ (в 500 и в 1000 раз). Нормальные физиологические значения КС не должны превышать 0,2. Повышенным КС считался при превышении 0,2 и отсутствии дозозависимого эффекта. Использовались и реакции специфической агломерации лейкоцитов крови – РСАЛ. Учитывались анамнестические данные: симптомы элиминации аллергенов, эффект реэкспозиции

При диагностике вирусных гепатитов исследовались три синдрома: цитолит, мезенхимально-воспалительный синдром (МВС), холестаза. Специфические методы диагностики: иммуноферментный



(ИФА) метод выявления антител и антигенов вирусов и полимеразная цепная реакция с целью обнаружения ДНК и РНК вирусов. Все больные гепатитом консультированы и обследованы в клинике инфекционных болезней СамГМУ (заведующий – доктор медицинских наук, профессор А.А. Суздальцев).

Исследование условий труда медицинских работников производилось методом анализа санитарно – гигиенических характеристик (форма № 362 – 1/у – 2001г.). Выделены ведущие вредные производственные факторы (табл. 1).

Таблица 1

Вредные производственные факторы, воздействующие на медицинских работников в процессе производственной деятельности.

Производственные факторы	Кол-во пациентов	%
Биологические жидкости, инфицированные вирусами гепатитов	157	39,5
Микобактерии туберкулеза	96	24,1
Аллергены	90	22,6
Ультразвук, шум	2	0,5
Перенапряжение отдельных органов и систем	12	3
Химические, и токсические вещества	39	10
Рентгеновское излучение	1	0,25

Наши данные свидетельствуют о том, что ведущей профессиональной вредностью медицинских работников является контакт с инфекционными больными и инфицированными биоматериалами. У 39,5% работников это контакт с биологическими средами, содержащими вирусы гепатитов. В санитарно-гигиенических характеристиках каждого больного имелись данные о микротравмах, полученных во время выполнения операций, диагностических и лечебных процедур и попадания биологических жидкостей в ранки кожи и на слизистые оболочки.

В контакте с больными открытой формой туберкулеза, либо с биологическими материалами, содержащими микобактерии туберкулеза работали 24% медицинских работника. Пути проникновения инфекционного агента в организм подтверждались

данными карт эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания,

На втором месте по потенциальной опасности для медицинских работников стоят аллергены (22,6% больных). Для обработки результатов исследования использовались методы социально-гигиенический, документальный, математико-статистический, метод системного анализа.

### Результаты исследования и их обсуждение.

В зависимости от преобладающего вредного фактора всех обследуемых лиц мы разбили на 6 групп и получили этиологическую структуру профессиональных заболеваний медицинских работников (рис. 2).

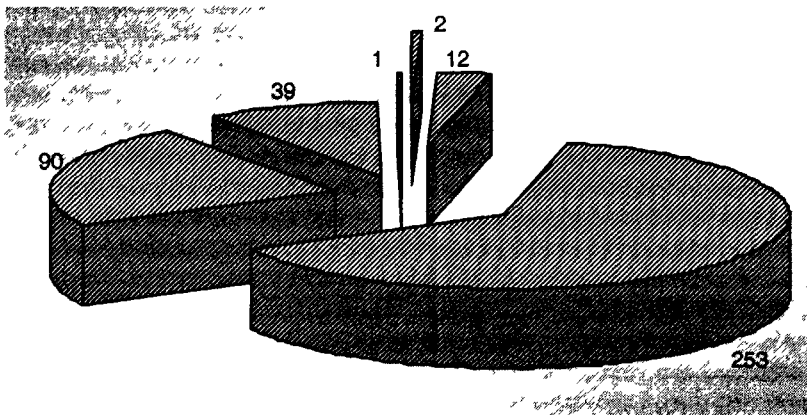


Рис 2 Структура профессиональной патологии медицинских работников за период с 1990 по 2004гг.

I группа – медицинские работники, у которых диагностировано профессиональное заболевание от воздействия физических факторов производственного процесса ( шум, ультразвук, рентгеновское излучение) - 2 пациента (0,5% от всей выявленной патологии).

II группа – медицинские работники, у которых выявлено профессиональное заболевание от перенапряжения отдельных органов и систем - 12 человек (3%)

III группа – медицинские работники, у которых выявлено профессиональное заболевание от воздействия биологических факторов - 253 (63,6%).

IV группа – медицинские работники, у которых выявлены профессиональные аллергозы - 90 (22,6%).

V группа – медицинские работники, у которых диагностированы заболевания токсико-химической этиологии - 39 (10%).

VI группа – новообразования – 1больной (0,25% от всей выявленной патологии)

Если сравнить полученную структуру профессиональных болезней медработников со списком профессиональных заболеваний (приказ Минздрава № 90 от 16. 03. 1996г.) то она целиком соответствует ему, так как из 7 групп указанных в списке, нами выявлено 6 (за последний год в Центре профпатологии обследованы два зубных врача с подозрением на пылевой гиперчувствительный альвеолит (седьмая позиция списка), диагнозы не подтвердились, но такое заболевание описано в литературе). Следовательно, классифицировать болезни медработников целесообразно по этиологическому признаку.

Для более подробного исследования из данных групп были выбраны самые значимые 3 и 4 группы, включающие: туберкулез, бронхиальную астму, вирусные гепатиты.

Вирусные гепатиты - это одна из самых актуальных проблем профпатологии у медицинских работников. Немногочисленные исследования показали, что заболеваемость парентеральными гепатитами у медицинских работников значительно выше, чем среди показателей заболеваемости взрослого населения (Косарев В.В., 1998; Шахгильдян И.В. и др., 2001.; Измайлов Д.В., 2002).

Наши данные подтвердили, что вирусные гепатиты лидируют среди всех профессиональных заболеваний медицинских работников. Они были диагностированы у 157 человек (39,5% от всей выявленной патологии).

Среди заболевших было 82 врача, 72 медицинские сестры, 2 лаборанта лабораторий ЛПУ и 1 санитарка. По количеству случаев возникновения заболевания преобладали врачи.

Мы проанализировали зависимость частоты возникновения инфекции от стажа работы медиков. Оказалось, что, наиболее, уязвимыми для инфекции являются медики со стажем работы от 6 до 25 лет. Возможно, это связано с пиком активности в работе.

По этиологическому признаку выделено три группы заболеваний: хронический гепатит «В» диагностированный у 62 человек, хронический гепатит «С» - у 80, микст-гепатиты В+С, В+С + дельта – у 15. То есть, за изучаемый период среди медицинских работников выявлено преобладание гепатита «С». Однако, при анализе динамики заболеваемости по годам наблюдения, выявлена определенная закономерность (рис. 3): до 1996 года наблюдался рост выявляемости гепатита «В» (от единичных случаев до 12 в год), затем количество случаев вновь уменьшается. Хронический вирусный гепатит «С» до 1995 года не диагностировался, в 1995 - 1998 годах выявлялось 1- 2 случая заболевания в год. Начиная с 2001 года, отмечается резкий рост заболевания до 21 случая в 2004 году. Хронические микст – гепатиты регистрировались нами за исследуемый период с 1995 года, равномерно по одному- двум случаям в год

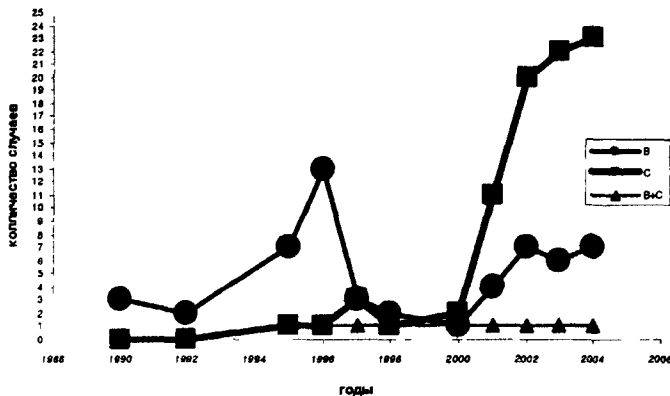


Рис 3 Количество диагностированных вирусных гепатитов по годам наблюдения

По нашему мнению, относительный регресс гепатита «В» связан с всеобщей иммунизацией медицинских работников и эффективностью лечения заболевания, предотвращающих хронизацию процесса.

Рост гепатита «С» произошел в связи с улучшением диагностики, с большей частотой хронических исходов болезни (после перенесенного вирусного гепатита «С» их частота составляла 75- 85%,

а после гепатита «В» - 6-10%), отсутствием специфической профилактики.

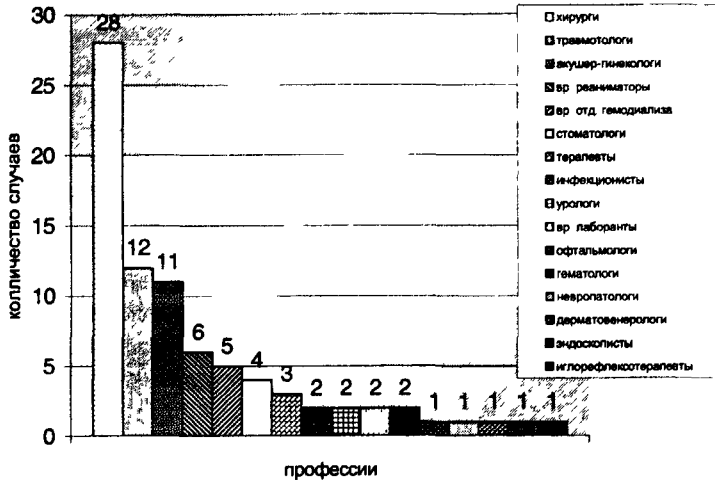


Рис. 4. Степень риска заражения гепатитом врачей в зависимости от специальностей

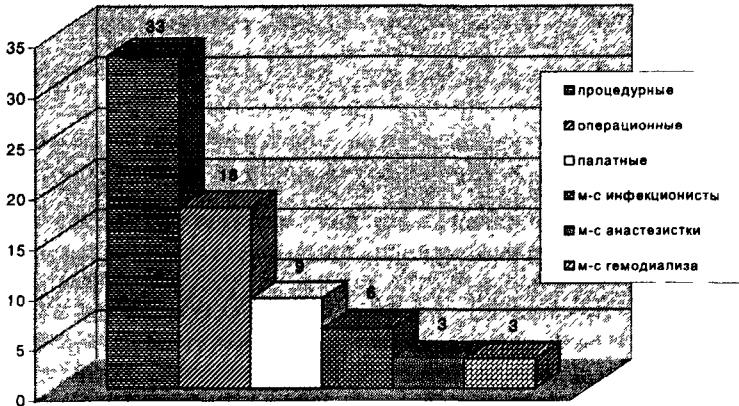


Рис. 5. Заболеваемость гепатитом медицинских сестер в зависимости от специальности

Среди врачебных специальностей наиболее подвержены инфицированию вирусом хирургические направления, однако заражение возможно и у врачей терапевтического профиля (неврологи, гематологи, терапевты) (рис. 4).

Среди медицинских сестер, это медсестры операционных, процедурных кабинетов и палатные, а также 2 лаборанта ЛПУ (рис. 5).

Для изучения особенностей клиники течения хронических вирусных гепатитов медицинских работников нами исследованы основные клинические, лабораторные и инструментальные показатели больных в зависимости от степени активности процесса.

Наиболее частыми у больных были жалобы астеновегетативного характера: быстрая утомляемость, снижение работоспособности, эмоциональная нестабильность. Эти проявления заболевания обычно не находят должного внимания со стороны пациента, поэтому в 80% случаях гепатиты выявлялись на профосмотрах. Из признаков заболевания, выявленных при осмотре, чаще встречался симптом увеличения печени различной степени выраженности. Этот признак выявлялся у 80 - 91% больных. Для всех гепатитов было характерен мезенхимально-воспалительный синдром. Симптомы цитолиза, изменялись умеренно и регистрировались реже. Полимеразная цепная реакция выявила в 80% при гепатите «С» и 63% при гепатите «В» репликативную фазу заболевания. Все эти пациенты нуждались в проведении противовирусной терапии.

По степени выраженности гепатита «В» преобладала минимальная и умеренная степени активности процесса. Гепатит «С» также характеризовался - малой и умеренной степенями активности, но у 17% больных была установлена высокая степень активности заболевания. Гепатиты «В+С», и «В+С+Д» характеризовались только умеренной и высокой степенью активности заболевания.

То есть, для профессиональных гепатитов медицинских работников характерна умеренная и малая степени активности процесса. Высокая степень активности диагностирована чаще при гепатитах «С» и микст-гепатитах.

Осложнения гепатитов: цирроз печени, (выявлен у 4 больных), внепеченочные проявления: хронические холангиты, холециститы, панкреатиты - у 33% пациентов, артралгии (у 2 больных), нефротический синдром - (у 1). При микст-гепатитах осложнения зарегистрированы чаще - у 20% больных диагностирован цирроз печени, два человека умерли при явлениях острой печеночной недостаточности

Второе по значимости профессиональное заболевание медицинских работников Самарской области - туберкулез. Он диагностирован нами у 96 человек, что составляет 24 % от всей выявленной профессиональной патологии.

Среди пациентов, у которых был зарегистрирован туберкулез, как профессиональное заболевание было 30 врачей, 53 средних медработника и 13 человек младшего медицинского персонала

Анализ их санитарно-гигиенических характеристик условий работы свидетельствует о постоянном контакте с материалами, содержащими микобактерии туберкулеза.

Из всех медицинских работников с профессиональным туберкулезом большинство были сотрудниками противотуберкулезных учреждений (69 человек или 72 %). Однако, учитывая инappersцетное течение туберкулезной инфекции, не только персонал специализированных лечебных заведений подвержен риску инфицирования, но и сотрудники ЛПУ общего профиля (28%): участковые врачи и медицинские сестры, работники паталогоанатомической и судебно-медицинской служб, отделений функциональной и лабораторной диагностики.

Максимальное количество больных зарегистрировано в 1998 году - 19 (рис. 6), что связано с неблагоприятным состоянием условий работы персонала в бюро судебно-медицинской экспертизы. В этот период туберкулез диагностирован у 8 лаборантов, одного врача эксперта и одного санитаря этого медицинского учреждения.

Анализ стажа работы персонала до момента инфицирования показал, что чаще заражению подвержены медицинские работники с небольшим стажем работы - до 5 лет (40 случаев), а при стаже - от 21 до 25 лет зарегистрировано всего 3 случая.

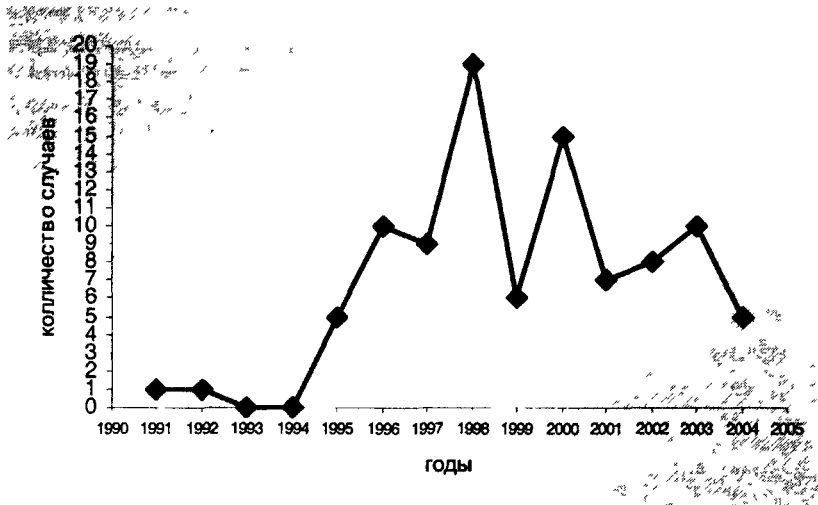


Рис.6 Динамика профессионального туберкулеза медицинских работников за период 1990 - 2004 гг.

Основными методами диагностики профессионального туберкулеза медицинских работников является метод рентгенологического обследования во время очередного профессионального медицинского осмотра и туберкулинодиагностика.

Анализ клинического материала позволяет нам констатировать, что туберкулез медицинских работников протекает в виде «малых форм»: очаговая форма заболевания выявлена у 36 человек; инфильтративная форма - у 45, туберкулемы верхних долей легких - у 7 и у 5 человек диагностированы плевриты.

Динамическое наблюдение за пациентами позволило установить, что у большинства туберкулезный процесс заканчивался клиническим излечением. За весь период исследований не зафиксировано ни одного случая диссеминированных форм туберкулеза и летальных исходов. Для сравнения приводим данные В.Б.Ивановского и др. (1996), из 170 больных с выявленным не профессиональным туберкулезом легких очаговый туберкулез диагностирован у 26 человек, инфильтративный - 112, диссеминированный - 32. То есть, своевременная диагностика туберкулеза у медицинского персонала, адекватное лечение и



постоянное наблюдение специалистов – коллег, как правило, из того же противотуберкулезного учреждения, предотвращают прогрессирование процесса и переход его в более тяжелые формы.

Всего у 9 человек выявлены осложнения заболевания в виде отсевов в другое легкое и плеврита. В 7 случаях выявлен рецидив заболевания в виде возобновления процесса в легких. У одного пациента – поражение мочеполовой системы – туберкулезный папиллит.

Лечение профессионального туберкулеза медицинских работников проводилось по существующим стандартам, включающих комбинацией двух, трех, четырех препаратов. Препаратами выбора являлись изониазид, пиразинамид, рифампицин, этамбутол. В 13 % случаев наблюдалось осложнение терапии в виде развития токсических гепатитов, которые усугубляли течение процесса и учитывались нами при оформлении профессионального диагноза.

Следующим по значимости заболеванием профессионального генеза у медицинских работников была бронхиальная астма. Она диагностирована нами у 56 человек, что составляет 62,2 % среди всех выявленных аллергических заболеваний за данный период (для сравнения, аллергическая крапивница составляет 18,9%, аллергические риниты - 8,9%, аллергические дерматиты – 10,5%).

Причиной профессиональной бронхиальной астмы медицинских работников является воздействие на организм аллергенов. По санитарно-гигиеническим характеристикам установлено, что это антибиотики, вакцины, ферменты, витамины, сульфаниламиды, химические вещества, вызывающие сенсibilизацию организма как гаптены: формальдегид, хлорамин, латекс, моющие средства и другие химические вещества

По динамике частоты возникновения заболевания за исследуемый период нами установлено её постепенное нарастание, начиная с 1999 года (рис. 7).

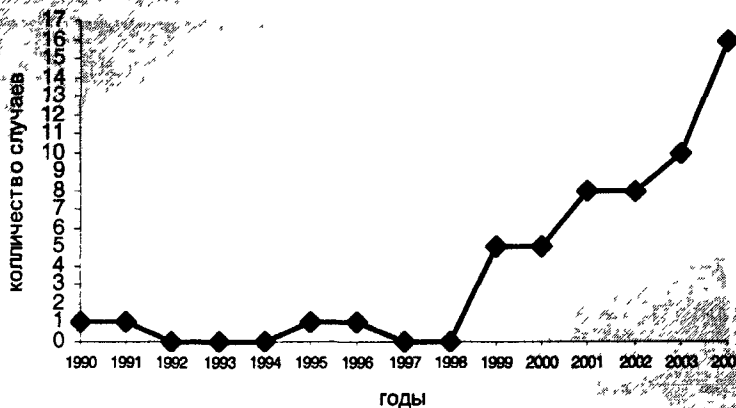


Рис 7. Динамика выявления профессиональной бронхиальной астмы у медицинских работников

Установлено, что бронхиальная астма чаще выявлялась у медицинских работников со стажем работы от 16 до 30 лет, то есть чем больше время экспозиции аллергена, тем чаще возникает сенсibilизация организма и развитие аллергоза.

Профессиональная бронхиальная астма диагностирована у 9 врачей, 6 фармацевтов, 39 медсестер и 2 провизоров.

Анализ санитарно-гигиенических характеристик позволил установить, что медицинские сестры, преимущественно процедурные, имеют контакт с более широким спектром веществ, обладающих аллергизирующими свойствами.

Исследование этиологии профессиональной бронхиальной астмы позволило нам выделить две формы астмы в соответствии с классификацией профессиональной бронхиальной астмы, утвержденной Научным Советом РАМН (2004г.): аллергическая бронхиальная астма, диагностированная нами у 26 человек и сочетанная форма бронхиальной астмы, установленная у 30 пациентов.

Результаты исследования клиники астмы, позволили разделить всех пациентов на 3 группы.

Первая группа это пациенты, у которых диагностирована «чисто» аллергическая форма астмы, характеризующаяся выраженной зависимостью обострения заболевания от контакта с производственными аллергенами, положительными симптомами

экспозиции/элиминации, умеренным повышением иммуноглобулина Е, положительными аллергическими реакциями только с производственными аллергенами. Эта форма профессиональной бронхиальной астмы диагностирована у 11 человек: легкая степень тяжести астмы - у 5 человек и средняя степень - у 6 пациентов. Тяжелой степени заболевания диагностировано не было. Дыхательная недостаточность первой и второй степени установлены у 6 больных, у 5 человек заболевание протекало без симптомов дыхательной недостаточности.

Вторая группа - это лица, у которых диагностирована аллергическая бронхиальная астма, в генезе которой наряду с профессиональными аллергенами, имеет значение сенсibilизация к бытовым, пищевым, пыльцевым, эпидермальным аллергенам. Эта форма установлена нами у 15 человек и характеризовалась более тяжелым течением, чем «чисто» аллергическая форма. Для неё характерны: невыраженность симптомов элиминации, положительные аллергические реакции и с непрофессиональными аллергенами (бытовыми, пыльцевыми, пищевыми, эпидермальными). Этот вариант аллергической астмы протекал тяжелее, чем «чисто» аллергическая форма, в 93 % случаев была диагностирована астма средней степени тяжести и в 7% тяжелая степень. Дыхательная недостаточность первой степени была установлена у 9 пациентов, второй - у 6 пациентов.

Третья группа обследуемых, это лица с сочетанной формой профессиональной бронхиальной астмы, характеризующейся тем, что в ее генезе наряду с гиперчувствительность к профессиональным факторам, имело значение инфекционное воспаление дыхательных путей. Симптомы элиминации производственных аллергенов были у данной группы обследуемых невыраженными, а тест экспозиции - положительным. Концентрации общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови была наиболее высокой (свыше 1000КЕ/л), выявлялась поливалентные реакции специфических иммуноглобулинов к производственным, бактериальным и грибковым аллергенам. Эта форма чаще сочеталась с аллергическим поражением кожных покровов в виде дерматитов, крапивницы и поражением верхних дыхательных путей.

Сочетанная форма профессиональной бронхиальной астмы наиболее тяжелая: у 18 человек она соответствовала средней степени тяжести заболевания, а у 12 человек диагностирована тяжелая форма процесса с частыми обострениями. Осложнения в виде дыхательной недостаточности первой степени установлены нами у 24 пациентов,

второй степени - у 6. У 8 пациентов этой группе было диагностировано хроническое легочное сердце. Наши данные по исследованию особенностей профессиональной бронхиальной астмы медицинских работников совпадают с мнением других авторов, что у медицинских работников чаще встречается аллергическая форма астмы, где наряду с производственными аллергенами имеет значение и сенсibilизация к другим, непрофессиональным аллергенам, и сочетанная формы астмы, где триггерную роль играют инфекционные агенты (вирусы, бактерии, грибки). Исследование клиники профессиональной бронхиальной астмы показало, что тяжесть течения заболевания также зависит от этиологии процесса.

Итак, проведенные нами исследования, свидетельствуют о высоком риске профессиональных заболеваний медицинских работников. Это требует дальнейшего совершенствования системы охраны труда в учреждениях здравоохранения, повышения качества предварительных и периодических медицинских осмотров, разработки мер индивидуальной и коллективной защиты от неблагоприятных производственных факторов.

Аналогичны результаты полученные в последнее время и другими авторами, изучавшими профессиональную патологию работников здравоохранения отдельных регионов России (Минин и др., 2005),

В заключение хотелось бы обратить внимание на то, что в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31. 08. 99 № 975 «Правила отнесения отраслей (подотраслей) экономики к классу профессионального риска», интегральный показатель профессионального риска определяется как отношение величины суммарных затрат в отрасли экономики на возмещение в истекшем календарном году вреда, причиненного застрахованным в результате несчастных случаев на производстве или профессиональных заболеваний при исполнении трудовых обязанностей, к размеру фонда оплаты труда в этой отрасли экономики, на который начислены взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации.

$$I_n = (\Sigma_{\text{вв}} / \Sigma_{\text{фот}}) * 100\%, \text{ где}$$

$I_n$  – интегральный показатель профессионального риска по отрасли экономика, выраженный в процентах.

$\Sigma_{\text{вв}}$  – сумма возмещения вреда, начисленная в отрасли экономики в истекшем календарном году.

$\Sigma_{\text{фот}}$  – размер фонда оплаты труда в отрасли экономики, на который начислены взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации в текущем году.

То есть, интегральный показатель профессионального риска зависит от суммы возмещения вреда и размера фонда оплаты труда, а учитывая, что заработанная плата медицинских работников значительно ниже, чем в других отраслях экономики, то и показатель профессионального риска низкий, не отражающий степени тяжести трудового процесс Наши данные, как и данные других авторов о высокой профессиональной заболеваемости медицинских работников, ставят вопрос о пересмотре класса их профессионального риска.

## **Выводы**

1. Уровень профессиональной заболеваемости медицинских работников в Самарской области наиболее высокий среди ведущих отраслей экономики и составляет 11,5 на 10000 работающих в отрасли (2004), что выше, чем в нефтехимической промышленности, металлургии, строительной индустрии. Наиболее распространенными заболеваниями являются инфекционные болезни (вирусные гепатиты и туберкулез) и бронхиальная астма.

2. Рост выявляемости профессиональных заболеваний медработников в Самарской области за рассматриваемый период связан с изменением Российского законодательства (страхование профессионального риска), а также с улучшением качества профосмотров и увеличением числа врачей - профпатологов.

3. Наиболее распространенными и прогностически неблагоприятными профзаболеваниями медицинских работников являются вирусные гепатиты. Они характеризуются: а) преобладанием хронического вирусного гепатита «С»; б) прогрессирующим течением заболевания с репликативной фазой процесса; г) наличием осложнений в виде циррозов, холангитов, холециститов, панкреатитов.

4. В настоящее время отмечено снижение выявляемости гепатита «В», как профессионального заболевания медицинских работников, что связано с эффективной профилактикой, повышением уровня контроля за условиями труда и вакцинацией в учреждениях здравоохранения.

5. Профессиональный туберкулез медицинских работников протекает в виде «малых форм» туберкулеза органов дыхания. Его особенностями являются иннаперцетное начало заболевания;

возможность рецидива заболевания при продолжающемся профессиональным контакте с бактериальным материалом; наличие осложнений болезни в виде, отсева в другое легкое, плеврита, токсического гепатита вследствие проводимой терапии.

6. Бронхиальная астма занимает третье место среди всех выявленных профессиональных болезней медицинских работников Самарской области. В её генезе имеют значение лекарственные препараты, моющие, дезинфицирующие, средства, вакцины, латекс.

Сочетанная форма профессиональной бронхиальной астмы протекает тяжелее аллергической формы и характеризуется более частым развитием дыхательной недостаточности, легочного сердца.

7 Работники здравоохранения в процессе трудовой деятельности подвержены воздействию всех вредных производственных факторов, отраженных в соответствующей классификации. Учитывая также высокую профессиональную заболеваемость, медицинские работники должны быть отнесены к более высокому классу профессионального риска, а не к первому, как есть в настоящее время.

### **Практические рекомендации**

1 Учитывая, что ведущее значение в диагностики профессиональных заболеваний медицинских работников принадлежит профилактическим медицинским осмотрам, необходимо повысить уровень предварительных и периодических медицинских осмотров, а так же контроль за их качеством со стороны работодателя.

2 Вакцинация против гепатита «В» должна быть обязательной не только для всех медицинских работников независимо от специальностей, но и для студентов медицинских учебных заведений.

3 Необходимо усилить контроль за аттестацией рабочих мест в организациях здравоохранения.

4 Руководителям учреждений здравоохранения необходимо повысить контроль за условиями труда и здоровьем персонала. Целесообразно вновь ввести в лечебных учреждениях должность доверенного врача, контролирующего заболеваемость и диспансеризацию сотрудников

5 Для снижения роста профессиональной заболеваемости медицинских работников необходимо повысить экономический уровень жизни медицинского работника и снизить высокую производственную нагрузку.

**Список работ опубликованных по теме диссертации**

1. Васюкова Г.Ф., И.В. Миронова. Актуальные проблемы профессиональной патологии в постдипломном образовании врачей // Научно-практическая конференция, посвященная 15-летию кафедры постдипломной подготовки врачей СамГМУ: Сборник статей. - Самара, 1998. - С. 8-10.
2. Васюкова Г.Ф., Бараев И. А. Опыт клинического применения беродуала. // Клиническая медицина. - 1999. № 6. - С. 46 - 47.
3. В.В. Косарев, Васюкова Г.Ф. Профессиональная патология медицинских работников // Материалы 1 Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье»: Тезисы докладов. - Москва, 2002 - С. 190 -193.
4. В.В. Косарев, Васюкова Г.Ф. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области // Гигиена и санитария. - 2004. - № 3.- С. 37 - 38.
5. Васюкова Г.Ф., И.В. Миронова. Профессиональный туберкулез медицинских работников // Материалы 3 Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье»: Тезисы докладов.- Москва, 2004. - С.205-206.
6. Васюкова Г.Ф. Состояние профпатологической службы в Самарской области // Тезисы докладов научно-практической конференции «Актуальные проблемы специализированной медицинской помощи». - Самара, 1997. - С. 183- 184.
7. Васюкова Г.Ф., С.А. Бабанов, И.В. Миронова. Анализ первичной инвалидности вследствие заболеваний органов дыхания среди городского населения Самарской области // Материалы 3 Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье»: Тезисы докладов.- Москва, 2004. - С.410-412.
8. Васюкова Г.Ф., Б.А. Калинин, И.А. Бараев, Л.В. Трейстер, К.М. Мокеев. Проблемы профессиональных заболеваний дыхательных путей и способы их решения в Самарской области // 2 Всероссийская научно-практическая конференция «Социально-биологические и гигиенические аспекты здоровья человека» Сборник статей.- Пенза, 2004. - С.107-109.
9. Васюкова Г.Ф. Профессиональная бронхиальная астма медицинских работников Самарской области // Материалы 10 Всероссийского Конгресса « Экология и здоровье». - Самара, 2005. - 34 - 37.
10. Васюкова Г.Ф. Профессиональный туберкулез медицинских работников // Сборник «Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии». - Самара, 2005. - 45 - 49.

