

заболевания легких подтвердил недостаточно высокое качество проводимых периодических медицинских осмотров.

Согласно данным анкетного опроса среди пациентов с установленным профессиональным заболеванием легких первично самостоятельно обратившихся в лечебные учреждения был достаточно высок процент лиц у которых в ходе проведенного последнего медицинского осмотра не проводилось исследование функции внешнего дыхания: процент таких лиц, согласно данным анкетного опроса, составил от 35,0% в 2012 году до 55,26% в 2014 году.

Также среди данной категории больных выявлена значительная доля лиц, которым в ходе последнего медицинского осмотра не проводилась крупнокадровая флюорография: от 18,42% в 2014 год до 29,03% в 2011 году. Также, согласно данным анкетного опроса, существенным недостатком медицинских осмотров явилось отсутствие осмотра врача-терапевта (и/или врача-профпатолога. Также значителен процент пациентов при анкетном опросе указал на то, что при проведении последнего периодического медицинского осмотра им не проводилась аускультация.

Все это говорит о существенных недостатках, существующих при проведении периодических медицинских осмотров у работающих в контакте с промышленными фиброгенными аэрозолями, что снижает качество ранней диагностики пылевых заболеваний легких в условиях амбулаторно-поликлинического звена, не позволяет прогнозировать их течение и своевременно назначать лечебно-профилактические мероприятия.

## **МРНТИ 76.29.53.01**

### **О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Н.В. Дудинцева, С.А. Бабанов, В.С. Лотков, Т.А. Азовскова

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
г. Самара

Туберкулез – хроническая инфекционная болезнь, вызываемая различными видами микобактерий туберкулеза. Наиболее часто встречается туберкулез органов дыхания; среди внелегочных поражений преобладает туберкулез органов мочеполовой системы, глаз, периферических лимфоузлов, костей и суставов [1].

Согласно данным государственной статистики, заболеваемость туберкулезом в России составляет 82 случая на 100 тысяч населения. По данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в России каждый день на туберкулез обследуются 240 тысяч россиян, из них у 320 человек

диагностируется туберкулез. Ежедневно в России 240 больных излечиваются от туберкулеза, 24 – прерывают начатое лечение, 72 человека умирают от туберкулеза [1].

На сегодняшний день туберкулез является не только медико-социальной, но и экономической проблемой, поскольку поражает наиболее экономически активную часть населения.

Несмотря на достижения современной медицины, внедрение новых лечебно-диагностических технологий, высокоэффективных антибактериальных и дезинфицирующих средств, проблема туберкулеза, остается актуальным направлением деятельности здравоохранения всех стран мира [2].

Одной из причин роста заболеваемости туберкулезом медицинских работников можно назвать то, что в структуре клинических форм туберкулеза стало больше пациентов, страдающих распространенными, запущенными и осложненными формами, а также больных, выделяющих лекарственно-устойчивые микобактерии туберкулеза [2,3].

Заболеваемость работников медицинских организаций в процессе профессиональной деятельности приводит к потере их трудоспособности, инвалидизации, сопровождается значительным социально-экономическим ущербом. Профессиональные заболевания медицинских работников протекают более длительно и тяжело по сравнению с представителями других профессиональных групп [4].

**Материалы и методы.** Инфицирование туберкулезом медицинских работников изучалось по документам Госсанэпиднадзора – гигиенических характеристик и карт эпидемиологического обследования очагов инфекционного заболевания. Условия труда, описанные в этих документах, отражают постоянную опасность инфицирования туберкулезом работников медицинских организаций. Проведен анализ структуры профессиональной заболеваемости медицинских работников по материалам архива Самарского областного центра профпатологии основании актов о случае профессионального заболевания и учетной формы № 30.

**Результаты.** В течении последних лет заболеваемость туберкулезом в Самарской области сохраняется на высоком уровне.

В 2016г. на территории Самарской области зарегистрирован 2471 случай впервые выявленного активного туберкулеза (в 2015 году – 2503 случаев), в том числе 1941 случай среди постоянных жителей. В сравнении с 2015 годом (1972 случая) показатель заболеваемости туберкулезом среди постоянных жителей снизился на 1,63% (с 61,41 до 60,41 на 100 тыс. нас.), но превысил показатель заболеваемости по РФ (49,72) на 21,5% и по Поволжскому Федеральному Округу (49,13) – на 23% [3].

В период с 2000 по 2017 год проведены исследования заболеваемости туберкулезом медицинских работников г.Самары. Профессиональный туберкулез диагностирован у 94 медицинских работников, что составляет 15,2% от всей выявленной профессиональной патологии. Среди пациентов, у которых был зарегистрирован туберкулез, врачей было 22 (3,5%), средних медицинских работников – 70 (11,3%), младших медицинских работников – 2 (0,4%).

По данным ряда исследований отечественных авторов, заболеваемость персонала противотуберкулезных учреждений превышает заболеваемость общей популяции населения в 4–9 раз, а лаборантов клинических, микробиологических лабораторий и сотрудников патолого-анатомических отделений – в 18 раз [5].

Особенно высокая заболеваемость отмечается среди персонала противотуберкулезных учреждений. По специальности медицинские работники распределяются следующим образом: на первом месте врачи фтизиатры – 68,2%. Среди среднего медицинского персонала на первом месте медицинские сестры процедурных кабинетов – 36%, на втором месте палатные медицинские сестры – 31% и на третьем месте лаборанты – 16%. Учитывая латентное скрытое течение туберкулезной инфекции, не только персонал специализированных лечебных заведений подвержен риску инфицирования, но и в лечебно-профилактических организациях туберкулез диагностирован у участковых медицинских сестер – 10%.

Туберкулез медицинских работников, протекал в виде «малых форм» – очагового (67,1%), инфильтративного туберкулеза (32,9%).

Проведенный анализ стажа работы медицинского персонала до момента инфицирования показал, что заражению чаще подвержены медицинские работники с небольшим стажем работы до 5 лет.

**Выводы.** Установлена структура профессиональной заболеваемости туберкулезом медицинского персонала г. Самары с учетом клинических форм, конкретной специальности и стажевых сроков.

В структуре профессиональной заболеваемости медицинского персонала туберкулез составляет 15,2%. В структуре клинических форм преобладает инфильтративная форма туберкулеза легких (67,1%). Наибольшее поражение туберкулезом приходится на медицинский персонал со стажем работы до 5 лет. Наибольший риск профессионального туберкулеза у средних медицинских работников (11,3%).

Предполагаем, что профессиональный туберкулез медицинских работников можно расценивать, как скрытую латентную эпидемию. Для улучшения ситуации считаем целесообразным усилить контроль за условиями труда сотрудников (выполнение Федерального закона «О специальной оценке условий труда» и результатов аттестации рабочего места).

Для совершенствования мониторинга условий труда медицинских работников, а также правильного установления компенсаций необходимо гарантировать качество проведения оценки условий труда (СОУТ) благодаря обязательной оценке биологического фактора – для этого необходимо включить в состав комиссии врача-эпидемиолога, а также пересмотра и уточнения положений санитарного нормирования и критериев оценки факторов рабочей среды и трудового процесса.

Создание электронной базы позволит повысить качество проведения периодических медицинских осмотров, что даст возможность конкретизировать программу профилактических, реабилитационных мероприятий, выявления и устранения управляемых производственных факторов риска.

## Литература

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2017. – С.87-97.
2. Аленин П.Н., Андриянова Е.А., Живайкина А.А., Масляков В.В. Факторы профессионализации фтизиатрии на современном этапе развития отечественного здравоохранения // Фундаментальные исследования. - 2015. - №1-3. - С.449-452.
3. Бабанов С.А., Азовскова Т.А., Васюкова Г.Ф., Дудинцева Н.В., Будащ Д.С., Васюков П.А. О динамике показателей профессиональной заболеваемости в Самарской области // Терапевт. – 2016. – №6. – С.25–34.
4. Ваганова У.С. Состояние здоровья медицинских работников противотуберкулезной службы // Фундаментальные исследования. – 2014. – №10-4. – С.638-642.
5. Двойников С.И., Лотков В.С., Дудинцева Н.В. Туберкулез – как профессиональное заболевание медицинских работников Самарской области / Сборник научных трудов «Актуальные проблемы фтизиатрии и пульмонологии». – Самара: Издательство «ОФОРТ», 2012. – С. 79-82.

**МРНТИ 76.33.37**

### **МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПРИОРИТЕТ УПРАВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

С.А. Ибраев

РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет»  
МЗ РК, г. Караганда

Безопасность и здоровье человека на рабочем месте - главные цели вхождения Казахстана в тридцатку развитых стран мира, а взятый страной курс на индустриализацию на основе инновационных, цифровых технологий ставит перед специалистами в области медицины труда и производителями повышенные по актуальности задачи по обеспечению безопасности технологических процессов и безаварийной работы [1].

Плохое здоровье и снижение работоспособности рабочих приводят к экономическим потерям от 10 до 20% от валового национального продукта [2-4] и рассматриваются как индикатор социально-экономического и гигиенического благополучия страны [5], а процесс оздоровления рабочих и условий труда, как