

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ У РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. КИЕВА

Чл.-корр. АМН Украины В. Ф. МОСКАЛЕНКО,
чл.-корр. АПН Украины В. Г. КОЛЯДЕНКО, В. В. КОРОЛЕНКО

OCCUPATIONAL DERMATOSES IN THOSE ENGAGED IN HEALTH-CARE PROFESSIONALS IN KIEV

V. F. MOSKALENKO, V. G. KOLIADENKO, V. V. KOROLENKO

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, Киев, Украина

Представлены данные о современном состоянии вопроса о заболеваемости профессиональными дерматозами в мире, показан ее стабильно высокий уровень. Проанализирована ситуация по заболеваемости профдерматозами у медицинских работников г. Киева. Указана необходимость разработки и усовершенствования нормативно-правовой базы Украины по данной проблеме.

Ключевые слова: профдерматозы, заболеваемость, медицинские работники.

The data about the contemporary state of the problem of occupational dermatoses incidence in the world are presented. A stable high level of the disease is shown. The situation of occupational dermatosis in health-care professionals in Kiev is analyzed. The necessity to work out and improve the legislative base on the above problem in Ukraine is emphasized.

Key words: occupational dermatosis, incidence, health-care professionals.

На протяжении последнего десятилетия во всем мире наблюдается высокий уровень заболеваемости профессиональными дерматозами, обусловленный бурным развитием всех областей промышленности, фармации и сельского хозяйства. К группам риска заболеваний этой группы принадлежат и медицинские работники [1]. Существующие в Украине официальные данные об уровне профессиональной патологии среди медицинских работников, в частности дерматологической, не отражают в полной мере реальной ситуации из-за недостаточного выявления больных. Среди причин этого нужно назвать недостатки в организации и проведении периодических медицинских осмотров медицинских работников, своевременных расследований случаев профессиональной заболеваемости, учета заболеваемости медиков. Важное значение имеет и недостаточный уровень знаний в области профдерматологии специалистов — как профпатологов, так и дерматовенерологов. Медицинское обслуживание медперсонала осуществляется по месту проживания или работы, и специалисты, которые проводят это обслуживание, не всегда осведомлены об особенностях влияния на организм вредных факторов трудового процесса. Отрицательную роль в этом отношении играет и общее низкое финансирование отрасли.

Необходимость поиска выхода из сложившейся ситуации назрела уже давно. 15 сентября 2004 г. Киевский городской совет профсоюза работников здравоохранения и Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца заключили соглашение, согласно которому на базе кафедры социальной медицины и здравоохранения

университета выполняются научные исследования по теме «Особенности условий работы и состояния здоровья медработников г. Киева и мероприятия по их улучшению». В частности, профсоюз предложил рассмотреть такие вопросы, как обработка списков химических веществ, лекарственных препаратов и дезинфицирующих средств, которые являются вредными и потому дают право на получение медработниками спецпитания и повышение схемных должностных окладов врачам и среднему медицинскому персоналу за работу с химическими веществами-аллергенами. Приказ Министерства труда и социальной политики Украины и Министерства здравоохранения Украины от 6 апреля 2001 г. № 161/137 «Об утверждении Условий оплаты труда работников заведений здравоохранения и учреждений социальной защиты населения Украины» регламентирует Перечень химических веществ, отнесенных к аллергенам, работа с которыми дает право на повышение схемных должностных окладов врачей и среднего медицинского персонала на 15%. Однако этот перечень, включающий 136 веществ, не изменялся более 10 лет, с тех пор как Минздрав Украины издал приказ №72 от 8 апреля 1993 г. «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ Украины от 19 марта 1992 г. «Об утверждении инструкции о порядке начисления заработной платы работников здравоохранения и социального обеспечения Украины». Данный перечень составлен на основе Госстандарта 12.1.005-88 «Общие санитарно-гигиенические требования» и приложений № 2-7 к списку ПДК, утвержденного МЗ СССР 26 мая 1988 г. № 4617-88. Несомненно, этот

список нуждается в дополнениях и уточнениях в связи со значительным расширением спектра фармакологических препаратов и диагностических реактивов, представленных в настоящее время на рынке Украины.

Чрезвычайно важным является точное определение понятия профессионального заболевания, что является отправной точкой для всех последующих как клинических, так и медико-социальных, правовых и экономических исследований по этому вопросу. The Columbia Encyclopedia (Sixth Edition, 2001) определяет профессиональное заболевание как болезнь, возникшую вследствие влияния производственной среды или условий работы [2]. Согласно Приказу МЗ Украины, АМН Украины и Министерства труда и социальной политики Украины от 29 декабря 2000 г. № 374/68/338 «Об утверждении Инструкции о применении перечня профессиональных заболеваний», «...к профессиональным заболеваниям принадлежат такие заболевания, которые возникли вследствие профессиональной деятельности работающего и обусловленные исключительно или преимущественно влиянием вредных веществ, определенных видов работ и других факторов, связанных с работой». В соответствии с Постановлением Кабинета Министров Украины от 8 ноября 2000 г. № 1662 «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний», все профессиональные заболевания разделены на пять классов в зависимости от причинного фактора [1]. Этот перечень в настоящее время можно считать устаревшим (по крайней мере, в той его части, которая касается профдерматозов) и требующим тщательной доработки и дополнения новыми нозологическими формами в свете последних достижений.

К классу I действующего перечня профессиональных заболеваний отнесены заболевания, возникающие под влиянием химических факторов. Вторая группа этого класса содержит болезни кожи, а именно эпидерматоз (L25.9 за МКХ-10), контактный дерматит (L25.9), токсикодермию (L25.9), фотодерматит (L56.2), онихии (L60.8), токсическую меланодермию (L81.4) и смазочные фолликулиты (L73.8). Среди причинных факторов названы продукты перегонки нефти, каменного угля и сланцев (бензин, керосин, уайт-спирит, смазочно-охлаждающие жидкости и масла, крезол, лизол, гудрон, мазут, асфальт, пек и его дистилляты), хлорированные нафталины, кислоты, щелочи, органические растворители, гидросульфит, хлорная известь, соли тяжелых металлов, соединения мышьяка, сурьмы, формалин, клей и т. п. Отдельным пунктом выделено витилиго (L80), вызванное пара-трет-бутилфенолом.

Класс II «Заболевания, вызванные влиянием промышленных аэрозолей» в перечне профессиональных заболеваний не содержит ни одного заболевания кожи.

К классу III «Заболевания, вызванные действием физических факторов» отнесены заболевания

кожи, принадлежащие к двум группам: к первой группе «Заболевания, связанные с действием ионизирующих излучений» — местные лучевые поражения (острые или хронические) (W88), и ко второй группе «Заболевания, связанные с влиянием неионизирующих излучений» — местные поражения тканей организма человека лазерными излучениями (W90). В то же время не отнесена к профессиональным обширная группа фотодерматозов. Напомним, что к классу I отнесен фотодерматит, являющийся представителем относительных фотодерматозов. При нем химические факторы оказывают фотостимулирующее и фотосенсибилизирующее действие, а свет индуцирует развитие патологического процесса.

В классе IV перечня профессиональных болезней «Заболевания, связанные с физической перегрузкой и перенапряжением отдельных органов и систем» заболевания кожи отсутствуют.

Класс V «Заболевания, вызванные действием биологических факторов», включает заболевания кожи и болезни, передающиеся половым путем. В частности, первая группа «Инфекционные заболевания и паразитозы» включает вирусные гепатиты, СПИД, сифилис, сибирскую язву, а вторая группа имеет название «Микозы открытых участков кожи, слизистых оболочек и висцеральные (аспергиллез, легкое фермера и т. п.)». Факторами, способствующими их возникновению и развитию, являются контакт с инфекционными больными, инфицированными материалами или переносчиками заболеваний, с больными животными, продуктами животного и растительного происхождения (кожа, шерсть, щетина, конский волос, мясо, кожаное, меховое сырье, утильсырье, зерно, хлопок и т. п.), контакт с грызунами, поверхностью, загрязненной соответствующими микроорганизмами, в том числе грибковой флорой. Третья группа включает висцеральный кандидоз, вызванный контактом с антибиотиками, грибами-продуцентами, белково-витаминными концентратами, кормовыми дрожжами, комбикормами и т. п.

Класс VI «Аллергические заболевания» включает дерматит, экзему (L23.9), токсикодермию, отек Квинке (T78.3), крапивницу (L50).

Наконец, к классу VII «Злокачественные новообразования (профессиональный рак)» отнесены опухоли кожи (первая группа, по МКБ-10 — C44) — гиперкератозы, эпителиомы (в том числе базалиома), папилломы, рак, лейкокератозы. Среди причинных факторов названы продукты перегонки каменного угля, нефти, сланцев (смола, пек), антрацен, фенантрен, аминоканцереновое масло, производные азотсоединений, гудрон, парафин, сажу и т. п., влияние ионизирующих (рентгеновских, гамма-лучей и др.) и ультрафиолетовых излучений, в том числе на сельскохозяйственных работах и роботах на рыбооловецких судах. Группы со второй по шестую не содержат заболеваний кожи. Седьмая группа «Неходжкинские лимфомы» может включать опухоли с поражением

кожи. К этой группе отнесены опухоли, вызванные продолжительным контактом с радиоактивными веществами.

К сожалению, из правового поля Украины выпадают так называемые атипичные, неклассические профессиональные и профессионально-зависимые дерматозы, среди которых нужно назвать следующие: 1) профессиональные васкулиты; 2) профессионально-зависимая порфирия кожи; 3) профессионально-зависимый красный плоский лишай; 4) профессионально-зависимый атопический синдром; 5) профессиональный Лайм-боррелиоз; 6) профессиональный доброкачественный лимфаденоз; 7) профессиональная кератоакантома; 8) профессионально-зависимая склеродермия [3].

Для сравнения приведем данные относительно ситуации с заболеваемостью профдерматозами в зарубежных странах.

Согласно данным Статистического управления (Bureau of Labor Statistics, BLS) Министерства труда США, в 1988 г. зарегистрировано около 240 тыс. новых случаев профессиональных заболеваний. За последние десятилетия заболевания кожи составили непропорционально большую часть всех профессиональных болезней — от 24 до 37%. Считают, что реальное количество случаев в 10–50 раз выше зарегистрированного из-за неточной диагностики и неполной регистрации, а также неверного определения характера кожных болезней. Интересно отметить, что эпидемиология профессиональных кожных заболеваний в разных штатах неодинакова. В Южной Каролине, например, заболевания кожи составляли 83% всех профессиональных заболеваний, по которым выплачивалась денежная компенсация, тогда как в Калифорнии на них приходилось 40% всех документально зафиксированных болезней, полученных на работе. Приблизительно у 25% всех больных из-за профессиональных дерматозов ежегодно теряется в среднем 11 рабочих дней. Кроме того, общая сумма затрат, связанных с профдерматозами, колебалась от 222 млн до 1 млрд долларов. Эти затраты состоят из стоимости лечения, выплат по нетрудоспособности и потерь, обусловленных снижением производительности работы. Признавая значение профдерматозов, Национальный институт проблем профессиональной безопасности и здравоохранения США включил кожные поражения в список 10 главных профессиональных заболеваний, на профилактику, выявление и исследование которых необходимо направить дополнительные средства и силы [4].

Заболевания кожи занимают первое место среди профзаболеваний. Среди выявляемых профессиональных дерматозов 75–78% составляет профессиональная экзема. Дерматиты регистрируются в 3,5 раза реже, а в 3–5% случаев регистрируются масляные фолликулиты, токсикодермия и прочие. Преобладание поздних хронических форм профессиональных дерматозов связано с их несвоевре-

менным распознаванием и диагностикой. Так, по данным Статистического управления Министерства труда США среди профессиональных заболеваний кожи наиболее распространен контактный дерматит (более 90% случаев) [3].

В 1993 г., по данным Бюро Трудовой Статистики (Bureau of Labor Statistics, BLS), в США было 60 200 случаев профессиональных заболеваний кожи. Однако из-за ограничения массива BLS было оценено, что число фактических случаев профессиональных болезней кожи может быть в 10–50 раз выше, чем сообщает BLS. Это потенциально повысило бы уровень заболеваемости профессиональными дерматозами до 0,5–3 млн случаев ежегодно. Как видно из представленных диаграмм (рис. 1, 2), болезни кожи занимают второе место после производственных травм в структуре общей профессиональной заболеваемости (12%) и первое место среди нетравматической профессиональной патологии (35%).

Интерес к проблеме профессиональных дерматозов в США чрезвычайно велик еще с начала XX в., и в 1928 г. федеральная Служба общественного здоровья организовала Управление по исследованиям дерматозов, которое в настоящее

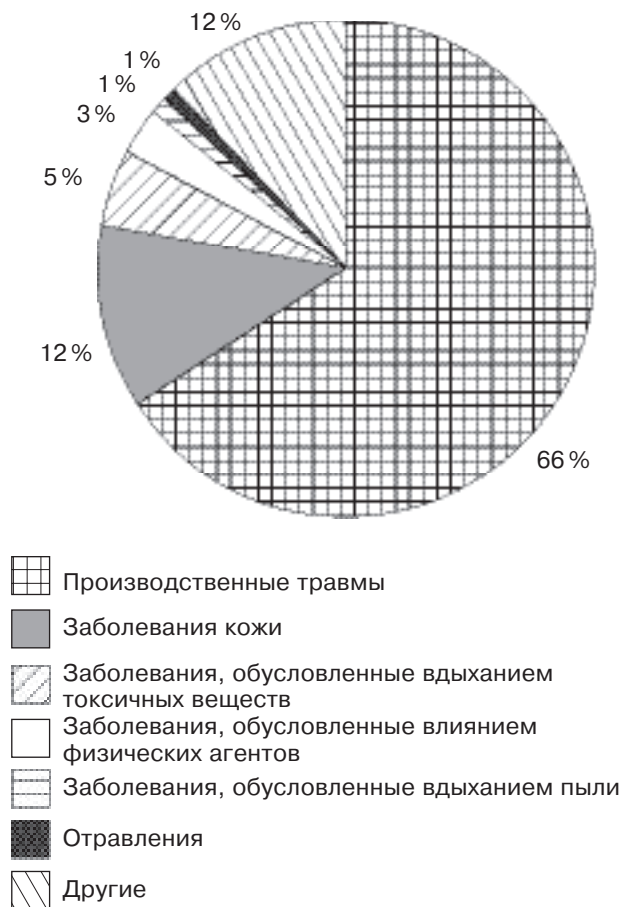


Рис. 1. Структура профессиональной заболеваемости в США (по данным BLS, 1999)

время функционирует как Дерматологический отдел программы профессионального здравоохранения [5].

Большой объем классических исследований по эпидемиологии профдерматозов был проведен европейскими авторами в конце XX в. Балеуска и соавторы (1975) при обследовании 50 295 рабочих 112 промышленных предприятий Болгарии установили, что профдерматозы в этой стране составляют 64% всех случаев кожных заболеваний. В Финляндии Piigila (1974) при обследовании 5190 дерматологических больных выявил связь с профессией у 53,3% из них. Kogoi (1974) сообщил, что в Югославии к профессиональным дерматозам принадлежит до 40% всех случаев кожных заболеваний. Распределение по профессиям больных профдерматозами, по данным Huriez и соавт. (1975), на севере Франции таково: текстильщики – 16%, сельскохозяйственные рабочие – 14%, металлисты – 12%, шахтеры – 10%, печатники – 7,9%, строители – 7,4%, пищевики – 5,4%, швейники – 3,1%, каменщики и кладовщики – по 2,2%, железнодорожники – 2%, медики и химики – по 1,7%, деревообработчики – 1,1%, другие – 13,3% [цит. по 6]. Соответствующие

данные Nett по Германии таковы: строительные рабочие – 15,6%, металлисты – 14%, химики – 13,2%, сельскохозяйственные рабочие – 12,8%, маляры – 11,6%, пекари – 7,2%, медики – 4,8%, другие – 20,8% [7].

Приведенные данные позволяют сделать вывод о необходимости изучения причин возникновения и особенностей течения дерматозов профессионального характера среди медицинского персонала и сопредельных профессий.

Нами (по информации Киевского городского совета профсоюза работников здравоохранения) [8–12] были проанализированы данные о заболеваемости дерматозами с временной утратой трудоспособности (ВУТ) работников здравоохранения г. Киева за период 2000 – 2005 гг.

	Годы					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Число календарных дней на 100 работающих, %	10,52	12,27	11,24	9,70	3,09	3,84

Как видно из представленных данных, на протяжении периода наблюдения у работников здравоохранения в 2001 г. наблюдалось повышение уровня показателя заболеваемости, а потом его снижение (рис. 3).

Оценив данные с помощью коэффициента вариации рядов, можно сделать вывод о высоком уровне вариабельности показателя для работников здравоохранения ($C = 46,8\%$). Значительная вариабельность показателя может быть объяснена общей нестабильностью социально-экономического положения медицинских работников, неудовлетворительным состоянием их медицинского обслуживания, отсутствием достаточного количества специалистов по профессиональной дерматологии и несоответствием нормативно-



Рис. 2. Структура профессиональной терапевтической заболеваемости в США (по данным BLS, 1999)

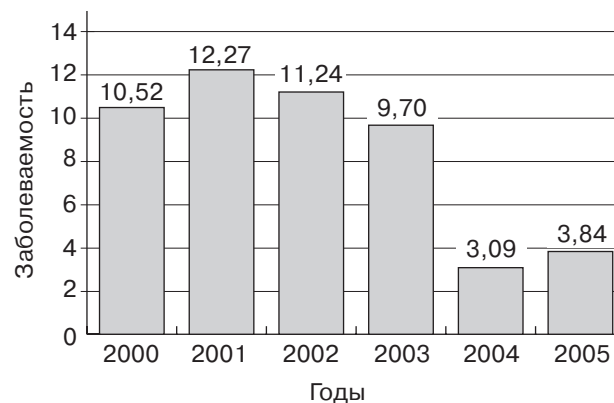


Рис. 3. Динамика заболеваемости болезнями кожи с ВУТ в календарных днях на 100 работающих среди работников здравоохранения г. Киева в 2000–2005 гг.

правовой базы требованиям настоящего времени. Все это отнюдь не дает оснований для оптимизма, поскольку вследствие ряда приведенных выше объективных причин этот показатель может приобрести тенденцию к ухудшению. Рост уровня профессиональной заболеваемости может быть обусловлен следующими факторами [13]: санитарно-гигиеническими условиями работы; организацией производственных процессов; условиями быта; организацией и качеством медицинского обслуживания; качеством врачебной экспертизы трудоспособности; составом работающих по возрасту, профессией, стажем работы; наличием соответствующей законодательной базы в области социального страхования; размером оплаты при временной нетрудоспособности; размером среднемесячного заработка; системой оплаты труда; ритмичностью работы предприятия; текучестью рабочих кадров.

Все приведенные факторы закономерно могут вызвать ухудшение ситуации с заболеваемостью профессиональными дерматозами.

Сотрудники НИИ медицины труда РАМН Н. И. Измерова, В. В. Чикин [14] сообщают, что одной из проблем современной дерматологии в России является низкое выявление профессиональных дерматозов и отсутствие достоверных эпидемиологических данных о них. Допуская, что заболеваемость профдерматозами в промышленно развитых странах находится приблизительно на одном уровне, авторы провели анализ данных литературы, касающихся этого показателя в различных странах. Наиболее значимыми аллергенами остаются хром, компоненты резины, смолы,



Рис. 4. Структура профессиональной заболеваемости медицинских работников г. Киева в начале 2005 р.

медикаменты. В профессиях риска, как и ранее, строители, а также занятые обработкой металла, медработники.

Динамика заболеваемости болезнями кожи среди работников здравоохранения г. Киева показана на рис. 3.

Каков же удельный вес профессиональных дерматозов в структуре профессиональной заболеваемости медиков в Киеве? Согласно данным Киевского городского совета профсоюза работников здравоохранения, в 2005 г. она составила 4%, оказавшись, таким образом, на пятом месте (рис. 4). Кроме того, ряд нозологических форм, статистически отнесенных к группе лекарственно-медикаментозной аллергии, имеет кожные проявления, что повышает реальную значимость болезней кожи как раздела профзаболеваемости. Реальная доля профдерматозов в структуре профессиональной заболеваемости, вероятно, намного выше (учитывая сравнение с аналогичными мировыми показателями). Причины гиподиагностики профдерматозов прежде всего кроются в недостаточной подготовке врачей-профпатологов в области дерматовенерологии.

К причинам, способствующим возникновению профессиональных заболеваний кожи, можно отнести: нарушение техники безопасности; несовершенные рабочие места и средства индивидуальной защиты; неприменение средств индивидуальной защиты; несовершенные технологические процессы; безработность и небрежность самих работающих.

Таким образом, имеющиеся данные о профессиональной дерматологической заболеваемости среди медиков Киева свидетельствуют о ее большом медико-социальном значении. Учитывая ряд объективных факторов в области медицинского обслуживания медицинских работников, приводящих к гиподиагностике профдерматозов, и проводя параллели с ситуацией в развитых странах мира, приходится признать, что реальный уровень заболеваемости профдерматозами среди медиков довольно высок. Важными задачами по улучшению сложившейся ситуации является обработка списков химических веществ, в том числе лекарственных препаратов и дезинфицирующих средств, работа с которыми дает право на получение льгот и повышение схемных должностных окладов медработников; отработка рекомендаций по проведению обязательных медицинских осмотров медработников с определением их частоты; обоснование состава специалистов для проведения этих осмотров (целесообразным считаем включение в состав комиссий дерматовенерологов — специалистов по профессиональной дерматологии) и перечня необходимых обследований.

Необходимо продолжать углубленное и всестороннее исследование этой проблемы, которое позволит в дальнейшем создать максимально благоприятные условия для деятельности каж-

дого медицинского работника, без чего невозможно обеспечить поддержание и улучшение здоровья нации. Для улучшения ситуации по заболеваемости профессиональными дерматозами среди медицинских работников необходимо тес-

ное сотрудничество Минздрава Украины с профессиональными ассоциациями врачей в плане получения достоверных данных относительно распространенности профдерматозов и их профилактики.

Литература

1. Коляденко В. Г., Короленко В. В. Проблема захворюваності на професійні дерматози та їх поширеність серед працівників охорони здоров'я м. Києва // *Наук. вісн. Нац. мед. ун-ту ім. О. О. Богомольця.*— 2005.— № 1–2.— С. 43–48.
2. Occupational disease /The Columbia Encyclopedia, Sixth Edition. 2001 // <http://www.bartleby.com>.
3. Короленко В. В. Проблема захворюваності на професійні дерматози серед медиків м. Києва // *Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского. Матер. 77-й науч.-практ. конф.*— Симферополь, 2005.— С. 15–16.
4. Occupational dermatoses // <http://www.cdc.gov/niosh/ocderm>. 2005.
5. Средства индивидуальной защиты (СИЗ) на производстве // <http://bioprogov.userline.ru>. 2005.
6. Коляденко В. Г., Короленко В. В. Захворюваність на професійні дерматози працівників охорони здоров'я Києва // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.*— 2005.— № 3.— С. 176.
7. Nett H. H. Statistische Untersuchungen über berufsbedingte Dermatosen in Rheinland-Pfalz 1948–1958.— Mainz, 1962.
8. Інформація про роботу Міської ради профспілки працівників охорони здоров'я за 2001 рік.— К., 2002.— С. 31–37.
9. Інформація про роботу Міської ради профспілки працівників охорони здоров'я за 2002 рік.— К., 2003.— С. 31–36.
10. Інформація про роботу Міської ради профспілки працівників охорони здоров'я за 2003 рік.— К., 2004.— С. 49–51.
11. Інформація про роботу Міської ради профспілки працівників охорони здоров'я за 2000–2004 роки.— К., 2005.— С. 72–97.
12. Інформація про роботу Міської ради профспілки працівників охорони здоров'я за 2005 рік.— К., 2006.— С. 51–68.
13. Вороненко Ю. В., Москаленко В. Ф. (ред.) Соціальна медицина та організація охорони здоров'я.— К., 2000.— 680 с.
14. Измерова Н. И., Чикин В. В. Проблема профессиональных дерматозов в различных регионах мира // *Российский журнал кожных и венерических болезней.*— 2003.— № 6.— С. 14.

Поступила 10.07.2006