

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ПРОФИЛАКТИКА

В.В. Косарев, С.А. Бабанов

ЗДОРОВЬЕ ИЛИ ПРОФЕССИЯ? (ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ)

Среди почти 40 тыс. существующих ныне профессий особую социальную нишу занимают медицинские работники, численность которых составляет более 4 млн. Труд медиков принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов медицинской деятельности человека. Он характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, а в отдельных случаях – и большими физическими нагрузками и выносливостью, предъявляет повышенные требования к объему оперативности и долговременной памяти, вниманию, высокой трудоспособности в экстремальных условиях.

Изучение состояния здоровья медицинских работников в нашей стране начинается после Постановления, принятого 4-м Губернским съездом Московского отдела союза «Всемирно-санитарного» в феврале 1922 г., где отмечена «необходимость начать работу по изучению вредных условий труда медсанотдела, усилив одновременно мероприятия по охране его от этих вредностей». Было организовано научно-консультативное бюро по изучению профессиональных вредностей медицинского труда. Уже тогда было установлено, что показатели заболеваемости медицинских работников зависят от характера и выраженности профессиональных вредностей. Так, в частности С.М. Богословский (1925) установил, что заболеваемость туберкулезом врачей противотуберкулезных учреждений в 5-10 раз выше заболеваемости их коллег других специальностей. Он же обратил внимание, что часто медицинские работники, особенно врачи, занимаются самолечением или получают медицинскую помощь по месту работы, в результате чего статистические данные об их заболеваемости оказываются ниже истинных. С тех пор ситуация не изменилась в лучшую сторону. Так, директор ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, академик РАМН В.И. Покровский (2008) отмечает: «... Серьезную опасность туберкулез представляет и для меди-

цинских работников. Заболеваемость им среди медперсонала в несколько раз выше, чем в общей популяции населения». Низка и выявляемость профессиональных заболеваний среди медиков.

Конечный результат деятельности медицинских работников – здоровье пациентов – во многом определяется условиями труда и состоянием здоровья самих медработников. По роду своей деятельности на врача (а также на средний и младший медицинский персонал, на провизора и фармацевта) действует комплекс факторов физической, химической, биологической природы, а также высокое нервно-эмоциональное напряжение. Также в процессе профессиональной деятельности медицинский работник подвергается функциональному перенапряжению отдельных органов и систем организма (от функционального перенапряжения опорно-двигательного аппарата до перенапряжения органа зрения). Анализ состояния здоровья медицинских работников посвящены труды академика РАМН Н.Ф. Измерова, В.Г. Артамоновой, Н.А. Мухина, первая в Российской Федерации монография заслуженного деятеля науки РФ, профессора В.В. Косарева «Профессиональные болезни медицинских работников» [5].

Высокую распространенность среди медицинских работников имеют аллергические реакции на пыль натурального латекса. Так, по данным Е.В. Маковой [9], распространенность латексной аллергии составляет 22,61% (у 83 из 367 медицинских работников). Клинически латексная аллергия у медицинских работников в 32,5% протекает по типу гиперчувствительности немедленного типа и проявляется бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, крапивницей, в том числе в 6,0% случаев – острыми аллергическими реакциями (отек Квинке, анафилактический шок), требующими оказания неотложной медицинской помощи. В 67% случаев аллергические реакции при контакте с натуральным латексом протекают по типу гиперчувствительности замедленного типа и проявляются контактными дерматитами.

Нами проанализированы истории болезни медицинских работников, обратившихся в клинику-экспертную ко-

миссию Самарского областного центра профпатологии за последние 15 лет. Всего за указанный период профессиональные заболевания диагностированы у 397 чел. Диагноз ставился на основании общепринятых правил диагностики профессиональной патологии при амбулаторном или стационарном обследовании в Областном центре профпатологии. Документами, необходимыми для постановки диагноза и связи заболевания с профессией, являлись направление с указанием цели медицинского обследования и предполагаемого профессионального диагноза, копия трудовой книжки, санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, выписка из амбулаторной карты с данными предварительного и периодических медицинских осмотров, производственная характеристика с указанием вредных привычек больного. Установление связи инфекционного или паразитарного заболевания с профессией проводится с обязательным участием врача-инфекциониста ЛПУ и врача-эпидемиолога органов санитарно-эпидемиологического надзора. Также необходимо документальное подтверждение (регистрация в операционном журнале) повреждения перчаток, кожных покровов во время операции при инфицировании вирусным гепатитом. Основным документом, кроме санитарно-гигиенической характеристики условий труда, удостоверяющим связь инфекционного или паразитарного заболевания с профессией, является карта эпидемиологического расследования.

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

В зависимости от действующего причинного фактора всех обследованных медицинских работников мы разделили на 6 групп и получили этиологическую структуру профессиональных заболеваний медицинских работников.

1 группа – медицинские работники, у которых выявлено профессиональное заболевание от воздействия биологи-

КОСАРЕВ Владислав Васильевич – проф., зав. кафедрой ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», засл. деятель науки РФ; **БАБАНОВ Сергей Анатольевич** – д.м.н., ассистент кафедры ГОУ ВПО «СГМУ», e-mail: s.a.babanov@mail.ru.

ческих факторов (253 чел. – 63,6%);

2-я – медицинские работники, у которых выявлены профессиональные аллергозы (90 – 22,6%) вследствие воздействия антибиотиков – антибиотики, ферменты, витамины, формальдегид, хлорамин, латекс, моющие средства;

3-я – медицинские работники, у которых диагностированы профессиональные заболевания токсико-химической этиологии (39 чел. – 10%);

4-я – медицинские работники, у которых выявлено профессиональное заболевание от перенапряжения отдельных органов и систем организма (12 чел. – 3,0%);

5-я – медицинские работники, у которых диагностированы профессиональные заболевания от действия физических факторов (шум, ультразвук, рентгеновское излучение) (2 чел. – 0,5% от выявленной патологии);

6-я – профессиональные новообразования (1 чел. – 0,25% от выявленной патологии).

Если сравнить структуру диагностированных нами профессиональных заболеваний со списком профессиональных заболеваний (Приказ №90 Минздравмедпрома от 14 марта 1996 года «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии»), то она целиком соответствует ему, так как из 7 групп, указанных в списке, нами выявлены 6 (за последний год в Самарском областном центре профпатологии обследованы два зубных врача с подозрением на пылевой гиперчувствительный альвеолит (седьмая позиция списка), диагнозы не подтвердились, но такое заболевание описано в литературе.

Наиболее тяжелым и прогностически неблагоприятным аллергическим заболеванием среди медицинских работников является **анафилактический шок**. Сам термин «анафилаксия» (греч. «ана» - обратный и «phylaxis» - защита) ввели Р. Portier и С. Richet в 1902 г. для обозначения необычной, иногда смертельной реакции у собак на повторное введение им экстракта из щупалец актиний. Аналогичную анафилактическую реакцию на повторное введение лошадиной сыворотки у морских свинок описал в 1905 г. русский патолог Г. П. Сахаров. Вначале анафилаксия считалась экспериментальным феноменом, затем аналогичные реакции были обнаружены у людей. Их стали обозначать как анафилактический шок. Частота анафилактического шока у людей за последние 30-40 лет уве-

личилась, что является отражением общей тенденции повышения заболеваемости аллергическими болезнями.

Анафилактический шок - это вид аллергической реакции немедленного типа, возникающей при повторном введении в организм аллергена. Характеризуется быстро развивающимися преимущественно общими проявлениями: снижением АД, температуры тела, расстройством ЦНС, повышением проницаемости сосудов и спазмом гладкомышечных органов. Развивается на повторное введение аллергена независимо от пути поступления и от доз аллергена (она может быть минимальной). Например, был описан случай анафилактического шока на следы пенициллина в шприце, оставшиеся в нем после того, как его обработали, промыли и прокипятили.

Анафилактический шок характеризуется стремительным развитием, бурными проявлениями, крайней тяжестью течения и последствий. Вид аллергена не влияет на клиническую картину и тяжесть течения анафилактического шока. Клиническая картина анафилактического шока разнообразна. Чем меньше времени прошло от момента поступления аллергена в организм, тем тяжелее клиническая картина шока. Наибольший процент летальных исходов анафилактический шок дает при развитии его спустя 3-10 минут после попадания в организм аллергена.

При обследовании: АД очень низкое или не определяется, пульс частый, нитевидный; тоны сердца тихие, в ряде случаев почти не прослушиваются, может появиться акцент 2-го тона над легочной артерией. В легких при аускультации выслушиваются жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы. Вследствие ишемии ЦНС и отека серозных оболочек мозга могут наблюдаться тонические и клонические судороги, парезы, параличи.

Профессиональная бронхиальная астма (ПБА) является одним из распространенных аллергических заболеваний медицинских работников. Профессиональную бронхиальную астму следует определять как заболевание, этиологически обусловленное веществами, воздействующими на респираторный тракт на рабочем месте медицинского работника или провизора. ПБА известна с начала XVIII в., когда была описана астма аптекарей (ипекакуановая астма). В отдельных эпидемиологических исследованиях было показано, что до 14% от всех больных астмой страдают ПБА. Так,

среди обследованных медицинских работников профессиональная бронхиальная астма была диагностирована у 56 чел., 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%). Профессиональная бронхиальная астма диагностирована у 9 врачей, 6 фармацевтов, 39 медицинских сестер и 2 провизоров. Преобладание среди больных профессиональной бронхиальной астмой медицинских сестер, преимущественно процедурных, связано с тем, что они имеют контакт с более широким спектром веществ, обладающих аллергизирующим действием.

По нашим данным, ведущими этиологическими факторами, вызывающими среди медицинских работников бронхиальную астму являются латекс, дезинфекционные вещества - сульфатиазол, хлорамин, формальдегид, а также антибиотики, растительное лекарственное сырье, химические компоненты диагностических наборов. Мы считаем, что одним из надежных способов специфической диагностики профессиональной бронхиальной астмы является провокационная ингаляционная проба с минимальными концентрациями водных растворов аллергенов. Важно раннее распознавание болезни (пикфлоуметрия на рабочем месте и дома), прекращение дальнейшего контакта с аллергеном и своевременное начало лечения. Для подтверждения профессионального генеза бронхиальной астмы необходимо определять в сыворотке уровень общего IgE и аллерген-специфические IgE (кожное тестирование, иммуноферментный анализ - ИФА, РАСТ) на бытовые, пыльцевые, грибковые, профессиональные аллергены, чтобы подтвердить или опровергнуть профессиональный генез астмы.

Аллергический ринит. Многие профессиональные факторы, с которыми имеют контакт медицинские и фармацевтические работники, являются поллютантами аллергенами или оказывают сильное раздражающее действие на слизистую оболочку носа и на легочную ткань. Основные симптомы заболевания, по нашим данным, - это зуд и раздражение полости носа, чихание и ринорея, часто сопровождающиеся заложенностью носа.

К многочисленной группе *профессиональных болезней медицинских работников от воздействия биологи-*

ческих факторов относятся: инфекционные и паразитарные заболевания, однородные с той инфекцией, с которой работники находятся в контакте во время работы: туберкулез, токсоплазмоз, вирусный гепатит, микозы кожи, сифилис, ВИЧ-инфекция. Дисбактериоз, кандидомикоз кожи и слизистых оболочек, висцеральный кандидоз развиваются при контакте медработников в процессе производственной деятельности с инфекционными больными или инфицированными материалами, грибами-продуцентами, антибиотиками (работа в амбулаторных и стационарных медицинских учреждениях, аптеках, бактериологических лабораториях, предприятиях микробиологической медицинской промышленности и др.).

Наши данные подтвердили, что вирусные гепатиты лидируют среди всех профессиональных заболеваний медицинских работников. Они диагностированы у 157 чел. (39,5% всей выявленной патологии). Среди заболевших было 82 врача, 72 медицинские сестры, 2 лаборанта лабораторий ЛПУ и 1 санитарка.

По этиологическому признаку было выделено три группы заболеваний – хронический гепатит В – диагностированный у 62 чел., хронический гепатит С у 80 чел., микст гепатиты В+С, В+С+Дельта у 15 чел. То есть за исследуемый период у медицинских работников выявлено преобладание гепатита С. По нашему мнению, относительный регресс гепатита В связан с проведением иммунизации медицинских работников, проводившейся в Самаре и Самарской области, большей внимательностью врачей к своему здоровью (более регламентированное использование средств индивидуальной защиты) и внедрению схем противовирусной терапии, предотвращающих хронизацию процесса. В группу профессионального риска заражения парентеральными гепатитами входят не только лица, имеющие непосредственный контакт с кровью больных (хирурги, реаниматологи, операционные и процедурные сестры и пр.), но и медики терапевтических специальностей, периодически выполняющие парентеральные процедуры, у которых практически отсутствует противозидемическая настороженность. Так, среди 82 инфицированных вирусным гепатитом врачей 28 – врачи-хирурги, 12 – травматологи, 11 – акушеры-гинекологи, 6 – врачи-реаниматоры, 5 – врачи отделений гемодиализа, 4 – стоматологи,

3 – терапевты, по 2 чел. инфекционисты, урологи врачи-лаборанты, офтальмологи, по 1 чел. – гематологи, невропатологи, дерматовенерологи, эндоскописты, иглорефлексотерапевты. Среди 72 инфицированных вирусным гепатитом медицинских сестер 33 – процедурные медицинские сестры, 18 – операционные, 9 – палатные, 6 – медсестры-инфекционисты, по 3 – медсестры анестезистки и медсестры гемодиализа.

Приведенные примеры свидетельствуют, что в группу профессионального риска заражения парентеральными гепатитами входят не только лица, имеющие непосредственный контакт с кровью больных (хирурги, реаниматологи, операционные и процедурные сестры и пр.), но и медики терапевтических специальностей, периодически выполняющие парентеральные процедуры, у которых практически отсутствует противозидемическая настороженность. Кроме того, к числу потенциально опасных биологических жидкостей относятся: спинномозговая, синовиальная, плевральная, перикардальная, перитонеальная, амниотическая и семенная жидкости. Их попадание на кожу, имеющую микроразрывы, и слизистые оболочки может вызвать инфицирование медицинского работника.

По нашим данным, особенностями вирусного гепатита у медицинских работников является более частое развитие смешанных (микстных) форм гепатита (В+С), что утяжеляет клинику заболевания и его прогноз; развитие вирусного гепатита на фоне предшествующего токсико-аллергического поражения печени (лекарственный, химический, токсико-аллергический гепатит); наличие той или иной степени резистентности к лекарственной терапии; более частое развитие осложнений гепатита: печеночной недостаточности, цирроза, рака печени.

Важное значение среди профессиональных заболеваний медицинских работников в Самарской области имеет туберкулез. Он был диагностирован нами у 96 чел., что составляет 24% от всех диагностированных профессиональных заболеваний. Среди медицинских работников, у которых туберкулез признан как профессиональное заболевание, было 30 врачей, 53 средних медработника и 13 чел. младшего медицинского персонала.

Заражение туберкулезом медицинских работников возможно как в противотуберкулезных учреждениях – часто

заражаются штаммами, устойчивыми к основным противотуберкулезным химиопрепаратам, что подтверждает внутрибольничный путь заражения (69 чел. (72%) медицинских работников из всех выявленных больных туберкулезом были сотрудниками противотуберкулезных учреждений), так и в учреждениях общемедицинского профиля – отделениях торакальной хирургии, патолого-анатомических и судебно-медицинских бюро, т.е. там, где возможен контакт с туберкулезными больными – бацилловыделителями или зараженным материалом (сотрудники бактериологических лабораторий).

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

Клиническая картина туберкулезных поражений кожи сводится к развитию характерных элементов, профессиональная природа которых подтверждается типичной для бородавчатого туберкулеза кожи локализацией (на месте микротравм кожи во время работы, преимущественно на пальцах рук). В отдельных случаях профессиональный туберкулез кожи может диагностироваться у врачей – патологоанатомов на коже пальцев рук и тыльной поверхности кистей («трупный бугорок»).

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

Для медицинских работников весьма актуальными в плане инфицирования являются также грипп и детские инфекционные заболевания (корь, дифтерия, паротит). Объединяют эти заболевания в эпидемиологическом, этиологическом и клиническом отношении следующие признаки – передача воздушно-капельным или воздушно-пылевым путем, высокий уровень заболеваемости, периодически принимающий характер эпидемии, привлечение к обслуживанию больных (например во время эпидемий гриппа) больших контингентов медицинских работников, часто не имеющих опыта работ в сложных эпидемиологических условиях, отсутствие естественного или недостаточная эффективность искусственного иммунитета к гриппу и

детским инфекционным заболеваниями. В нашей практике были установлены диагнозы профессионального заболевания гриппом и корью у медицинских работников (при этом диагноз хронического профессионального заболевания возможен только у лиц со стойкими остаточными явлениями после перенесенной инфекции). Возможно заражение медицинского работника ВИЧ-инфекцией при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями больных СПИД и ВИЧ-инфицированных пациентов.

Интересным является вопрос и профессионального трудоустройства больных туберкулезом медицинских работников, так сложно представить больного активным туберкулезом медицинского работника работающим в общей лечебно-профилактической сети, или оперирующего хирурга, инфицированного вирусным гепатитом (на практике встречается часто, практически повсеместно), ВИЧ-инфицированного хирурга (возможны иски пациентов к лечебно-профилактическому учреждению).

Токсические и токсико-аллергические гепатиты, по нашим данным, развивались у медицинских работников от воздействия средств для наркоза и антибактериальных препаратов. Так, при изучении микроклимата операционных было обнаружено, что даже при нормально функционирующей системе вентиляции концентрация наиболее широко распространенного анестетика - эфира в зоне дыхания анестезиолога превышает ПДК в 10-11 раз, в зоне дыхания хирурга - в 3 раза. Это приводит к диффузным поражениям печеночной паренхимы, нарушениям пигментного обмена, развитию токсико-аллергического гепатита. Поражение верхних дыхательных путей химическими веществами раздражающего действия (характерны для младшего медицинского персонала, работников лабораторий) проявляется в форме неспецифических катаров слизистой оболочки, у стажированных работников исходом катарального ринита был хронический атрофический ринит.

Пребывание в нерациональной позе ведет к довольно быстрому развитию функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата, которая проявляется усталостью, болями. Причем первые признаки утомления (например, мышц рук у оториноларингологов) возникают, по нашим данным, уже через 1,5-2 часа работы и связаны с усталостью рук. При постоянном пребывании в вынужденной

рабочей позе (оториноларингологи, хирурги, стоматологи и зубные врачи и др.) нарушения приобретают стойкий характер, вплоть до формирования отдельных заболеваний опорно-двигательного аппарата, нервной и сосудистой систем.

В нашей практике встречались варикозное расширение вен нижних конечностей и шейно-плечевая радикулопатия среди медицинских работников. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей — одно из самых распространенных заболеваний человека, поражающее до четверти населения развитых стран и в 20-25% случаев приводящее к необратимым изменениям и инвалидности. Среди профессиональных факторов, влияющих на его развитие, имеют значение физическое перенапряжение, длительная статическая нагрузка у лиц, выполняющих работу стоя, например, среди хирургов.

Профессиональные неврозы могут развиваться при длительном непосредственном обслуживании душевнобольных людей - работа медицинского персонала в психиатрических учреждениях, в том числе преподаватели и обслуживающий персонал для психически неполноценных детей. Неврозы - это психогенные функциональные расстройства психических (преимущественно эмоционально-волевых) и нейро-вегетативных функций при сохранении у больного достаточно правильного понимания и критической оценки симптоматики, себя и окружающего с негрубым нарушением социальной адаптации.

Достаточно большую часть выявленной профессиональной патологии среди медицинских работников занимают профессиональные заболевания от воздействия физических факторов. Среди вредных производственных факторов физической природы (вибрация, шум, различные виды излучений) причинными факторами развития профессиональных заболеваний у медицинских работников прежде всего являются различные виды ионизирующего и неионизирующего излучения (радиация, ультразвук, лазерное излучение, СВЧ-излучение), которые могут вызывать: лучевую болезнь, местные лучевые поражения; вегетативно-сосудистую дистонию, астенический, астеновегетативный, гипоталамический синдром, местные повреждения тканей лазерным излучением; вегетативно-сенсорную полиневропатию рук, катаракту; новообразования, опухоли кожи, лейкозы. В нашей практике

встречались профессиональные заболевания медицинских работников от воздействия ультразвука и рентгеновского излучения.

Достаточно редким заболеванием среди врачей стоматологов является вибрационная болезнь. Наиболее характерные клинические синдромы: ангиодистонический, ангиоспастический, вегетосенсорной полиневропатии. Заболевание развивается медленно, через 5-15 лет от начала работы, связанной с вибрацией, при продолжении работы заболевание нарастает, после прекращения отмечается медленное (3-10 лет), иногда неполное выздоровление. Больные жалуются на боль и парестезии в руках, режущие ноги, зябкость пальцев. Больные также беспокоят диффузные боли, снижение болевой, температурной, тактильной чувствительности по полиневритическому типу.

При подозрении на профессиональное заболевание медицинские работники направляются в региональные (областные) центры профпатологии, НИИ профпатологии или кафедры профессиональных болезней медвузов, так как только они имеют право установления диагноза профессионального заболевания. После связи заболевания с профессией поликлиника направляет медицинского работника с установленным диагнозом профессионального заболевания на медико-социальную экспертизу. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности у медицинского работника в каждом конкретном случае учитывается выраженность нарушений функций организма, степень компенсации, способность больного выполнять в той или иной степени работу по основной профессии, в том числе в обычных или специально созданных условиях, а также мероприятия по реабилитации, включая профессиональное обучение и переобучение.

Литература

1. Артамонова В.Г. Профессиональные болезни / В.Г. Артамонова, Н.А. Мухин. - М.: Медицина, 2004. - 432 с.
2. Бабанов С.А. Образ жизни медицинских работников / С.А. Бабанов // Врач. - 2007, май. - Спец. выпуск. - С.66-67
3. Бородулин Б.Е. Химотерапия специфической респираторной инфекции в амбулаторных условиях / Б.Е. Бородулин, В.В. Косарев, А.В. Жестков. - Самара, 2002. - 24с.
4. Васюкова Г.Ф. Клинические особенности профессиональных заболеваний внутренних органов у медицинских работников: автореф. дисс.... канд. мед. наук / Г.Ф. Васюкова. - Самара, 2005. - 24с.
5. Косарев В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников / В.В. Косарев. - Самара, 1998. - 200с.

6. Котельников Г.П. Профессиональные заболевания опорно-двигательной системы от функционального перенапряжения / Г.П. Котельников, В.В. Косарев, В.В. Аршин. - Самара.- 1997. - 164с.

7. Кочеткова М.Г. Латентный кандидоз органов полости рта у рабочих производства антибиоти-

ков: автореф.дисс.... д-ра мед.наук / М.Г. Кочеткова. - Самара, 1995.- 32с.

8. Лаврентьева Н.Е. «Клинические и иммунологические особенности развития профессиональной патологии у работников фармацевтического производства»: автореф.дисс.... канд.мед.наук / Н.Е. Лаврентьева.- Самара, 2002.- 24с.

9. Макова Е.В. Клинические и иммунологические аспекты профессиональной аллергии к натуральному латексу: автореф.дисс.... канд.мед.наук / Е.В. Макова.- Самара, 2003.- 24с.

10. Профессиональные болезни: руководство для врачей / Под ред. Н.Ф. Измерова. - М.: Медицина. - 1996. - Т. 1,2.

Т.Г. Захарова, М.А. Кашина

ЗАВИСИМОСТЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН КОРЕННЫХ НАРОДОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ОТ УКЛАДА ЖИЗНИ

Представлены результаты ретроспективного исследования социального статуса и заболеваемости беременных женщин коренных национальностей Крайнего Севера Красноярского края. Выявлены возрастные особенности рожавших женщин коренного населения Крайнего Севера в сравнении с пришлым населением, их образование, социальный статус, брачное положение. Изучена экстрагенитальная и гинекологическая заболеваемость, предложены подходы к улучшению здоровья женщин коренных национальностей Севера.

Ключевые слова: Север, женщина, заболеваемость, здоровье, национальность.

Results of retrospective research of the social status and morbidity of pregnant women of native nationalities of the Far North of Krasnoyarsk region are presented. Age features of parturient women of indigenous population of the Far North in comparison with the non-indigenous population, their education, the social status, marriage position are revealed. Extragenital and gynecologic morbidity has been studied, approaches to improvement of the North native women's health are offered.

Keywords: the North, woman, morbidity, health, nationality.

Введение

Социально-экономическая ситуация, сложившаяся в стране и в Таймырском (Долгано-Ненецком) муниципальном районе (ТМР), изменила жизнь женщин коренной национальности. Социальная незащищенность, безработица, снижение уровня жизни, в связи с этим стрессовые ситуации, неуверенность в завтрашнем дне не могли не отразиться на состоянии здоровья женщин, будущих матерей коренных национальностей Севера и как следствие – на их новорожденных детях. Снижение рождаемости в России, наблюдающееся с 1992 г., явилось общей тенденцией и для коренных народов Севера [1,2].

Следует отметить, что внутрисемейного планирования деторождения у коренных народностей Севера нет. Рождаемость в ТМР среди коренного населения в 1,5 раза выше, чем у пришлого населения. При этом средняя продолжительность жизни коренного населения Крайнего Севера Красноярского края не превышает 39 лет, а до пенсионного возраста доживают лишь 6,3% [2,3].

Среди коренного населения сохраняется многодетность семей, отсутствие внутрисемейного планирования рождений, равномерность рождаемости во всех возрастных группах фертильного возраста, низкая миграционная

подвижность. Естественный прирост населения коренной национальности за 2005 г. снизился в полтора раза по сравнению с 2004 г. (с 16,9 до 11,0 соответственно). Среди указанных факторов наиболее значимым является повышение заболеваемости новорожденных у коренных национальностей Севера, появление у них патологии, которая ранее не регистрировалась – это недоношенность, гемолитическая болезнь плода и новорожденного, врожденные пороки развития [3].

Важной медико-социальной проблемой для нашей страны является сохранение и улучшение состояния здоровья малочисленных народностей Севера. В целом демографическая ситуация в регионах проживания малочисленных народов Севера остается неблагоприятной.

Целью настоящего исследования явилось изучение социальных и медицинских характеристик женщин репродуктивного возраста малочисленных коренных национальностей Крайнего Севера Красноярского края.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование состояния здоровья женщин коренных национальностей Крайнего Севера Красноярского края: 150 немок, ведущих кочевой образ жизни и 150 долганок, ведущих оседлый образ жизни, проживающих в поселках Таймырского (Долгано-Ненецкого) муниципального района, а также их новорожденные. Роды у всех происходили в МУЗ «Таймырский родильный дом». Группа сравнения состояла из 150 женщин пришлого населения,

проживающих с рождения на Крайнем Севере Красноярского края и адаптированных к региону проживания. Роды в сравнительной группе происходили в то же время (года, месяца, суток), в том же родильном доме.

Набор материала проводился путем выкопировки данных из первичной медицинской документации: истории родов, индивидуальные карты беременных, истории развития новорожденных и другой документации на специально разработанные анкеты.

В работе использовались методы: выборочного статистического наблюдения, экспертный, логического анализа. Статистическая обработка материала проводилась с применением современных систем компьютерной обработки «Statistica». Достоверность различия результатов определяли с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Наибольшее количество родов у женщин коренных национальностей Крайнего Севера в возрасте 20-24 года, при этом частота родов постепенно снижается к 44 годам, у женщин пришлого населения – в 20-24 и 25-29, резко обрываясь в последующих возрастных группах (табл.1).

Социальное положение женщины определяет собой многие факторы образа жизни: гигиенические навыки, отношение к своему здоровью, культура труда и быта, наличие производственных вредностей, вредных привычек и др., которые непосредственно влияют на репродуктивное здоровье.

Среди женщин коренных национальностей 78,7% немок занимаются

ЗАХАРОВА Татьяна Григорьевна – акушер-гинеколог, д.м.н., проф. ГОУ ВПО КрасГМУ, e-mail: rektorkgmu@rambler.ru;
КАШИНА Марина Анатольевна – врач неонатолог, гл. врач родильного дома г. Дудинка Таймырского муниципального района Красноярского края.