

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Дешко Т. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

По роду своей деятельности медицинские работники могут подвергаться воздействию различных неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса, среди которых выделяют биологические, химические, нервно-эмоциональные и физические. Наибольшее значение среди прочих имеют вредные биологические агенты: возбудители инфекционных заболеваний, в т.ч. туберкулеза, вещества и соединения сенсibiliзирующего действия (антибиотики, сыворотки, вакцины).

Медицинские работники подвергаются высокому риску инфицирования туберкулезом при выполнении своих профессиональных обязанностей: при контакте с инфицированным материалом и пациентами, выделяющими микобактерии туберкулеза в окружающую среду. Постоянное воздействие инфекционных агентов, биологически активных веществ и химических соединений (дезинфицирующие средства, формалин и т.д.) способствуют возникновению профессиональных заболеваний медицинских работников [1].

Целью настоящего исследования было изучение заболеваемости профессиональным туберкулезом в Гродненской области.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации: санитарно-гигиенических характеристик условий труда, амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном учете в Гродненском областном центре профпатологии.

Данные представлены в виде абсолютной и относительной (категориальные данные) частот либо медианы и интерквартильного размаха (количественные данные). Сравнение частот признаков осуществляли посредством теста χ^2 с поправкой Йетса. Статистический анализ данных выполняли в программе Statistica 8.0 (Statsoft, US).

Результаты и обсуждение. На диспансерном учете в Гродненском областном центре профпатологии состоят 30 пациентов из числа медицинских работников с различными формами туберкулеза легких. Все случаи имеют подтверждение непосредственной связи заболевания туберкулезом с профессией согласно принципам диагностики и установления профессионального заболевания.

В период с 1994 г. регистрируются до 4 новых случаев заболевания в год. В отдельные годы новые случаи не регистрировались.

Уровень заболеваемости медицинских работников туберкулезом подвержен значительным колебаниям. Вместе с тем в последние годы наметилась тенденция к некоторому снижению данного показателя: в 2012 г. было выявлено 4 случая туберкулеза в указанной группе, в 2013 и 2014 гг. – по 2, в 2015 – не зарегистрировано ни одного нового случая профессионального туберкулеза, за 9 месяцев 2016 г. – 1 случай.

Профессиональный туберкулез в Гродненской области регистрируется у медицинских работников организаций здравоохранения, преимущественно противотуберкулезного профиля – 29 (96,7%) случаев, и только 1 (3,3%) случай у медицинских работников общелечебной сети ($p < 0,001$). В г. Гродно (областной центр) зарегистрировано 17 (56,7%) случаев, в районных центрах: в г. Волковыск – 5 (16,6%), в г. Новоеल्या Дятловского района – 4 (13,3%), по 2 (6,7%) случая – в г. Лида и г. Ошмяны ($p > 0,05$).

При анализе профессионального состава выявлено доминирование младшего медицинского персонала. Так, среди заболевших 10 санитарок противотуберкулезных лечебно-профилактических учреждений (33,3%, $p < 0,05$), второе место разделили врачи и медицинские сестры – по 8 (26,7%) случаев, по 4 (13,3%) случая – лаборанты клинико-диагностических лабораторий (КДЛ).

Проведенный анализ стажа работы медицинского персонала до момента инфицирования показал, что заражению чаще подвержены медицинские работники с небольшим стажем работы – 8 (4; 12) лет. Минимальный зарегистрированный стаж работы составил 1 год (лаборант КДЛ противотуберкулезного диспансера),

максимальный – 23 года (врач-фтизиатр противотуберкулезного диспансера). Возраст заболевших составил 37 (30; 43) лет.

Поскольку в системе здравоохранения заняты преимущественно женщины, то на них приходится 29 (96,7%, $p < 0,001$) случаев профессионального туберкулеза из всех зарегистрированных.

Связь туберкулеза с профессиональной деятельностью заболевших чаще устанавливали в первые 12 мес. от начала заболевания – в 19 (63,4%) случаях. Большинство случаев туберкулеза у медицинских работников выявлено при проведении периодических медицинских осмотров – 23 (76,7%), и только 7 (23,3%) случаев – при обращении ($p < 0,001$).

В структуре профессионального туберкулеза имела место тенденция к преобладанию очагового туберкулеза – 19 (63,4%, $p = 0,07$), реже регистрировался инфильтративный туберкулез – 6 (20%), туберкулома – 3 (10%), по 1 (3,3%) случаю туберкулезного плеврита и туберкулеза верхнедолевого бронха. У 12 (40%, $p > 0,05$) пациентов с профессиональным туберкулезом отмечена первичная множественная лекарственная устойчивость.

Выводы. Профессиональный туберкулез занимает лидирующее место в структуре профессиональной заболеваемости медицинских работников в Гродненской области.

Выполненный анализ позволяет выделить группу медработников, наиболее подверженных риску заболевания.

Вместе с тем основные меры профилактики профессионального туберкулеза – проведение детальных периодических медицинских осмотров, раннее выявление заболевших, оптимизация условий труда, строгое соблюдение мер по индивидуальной защите органов дыхания, проведение коррекции иммунологических нарушений и оздоровительных мероприятий, а также знание работниками возможных проявлений туберкулеза – должны носить всеобщий характер.

Несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости профессиональным туберкулезом в регионе в течение последних нескольких лет, в дальнейшем может иметь место очередной период подъема заболеваемости, что будет зависеть от эффективности профилактических мер и от других факторов, не учтенных в дан-

ном исследовании, как среди медицинских работников, так и в целом среди населения.

Литература:

1. Зеньков, Л. Н. Особенности ранней диагностики профессиональных заболеваний органов дыхания / Л. Н. Зеньков, Т. А. Дешко // ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты : материалы Международной научно-практической конференции, Гродно, 29-30 октября 2015 г. / Гродненский государственный медицинский университет, редкол. Г.Л. Гуревич [и др.] – Гродно, 2015. – С. 255-258.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Довнар Р. И., Гук Н. С., Болтрукевич П. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Среди всех осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки перфорация язвы остается одним из наиболее тяжёлых и требует экстренного оперативного лечения. Данное осложнение возникает в среднем у 15% всех пациентов с язвенной болезнью. До настоящего времени остается высокой летальность при прободной язве, составляющая от 4 до 14% [1].

Перфоративная язва желудка или 12-перстной кишки является абсолютным показанием к операции. Существуют разные варианты её хирургического лечения. Наиболее распространенной в настоящее время является её ушивание во время лапаротомии. Лапаротомия позволяет произвести адекватную санацию брюшной полости, непосредственно пальпаторно и визуально оценить результат ушивания, однако сопровождается значительным болевым синдромом в послеоперационном периоде, существует риск развития послеоперационной грыжи и раневой инфекции. Вторым вариантом является лапароскопическое ушивание прободной язвы. Как считалось ранее, наиболее радикальной операцией при перфоративной язве являлась резекция желудка, при которой осуществляется полное удаление язвенного субстрата, имеется низкая частота рецидива заболевания. В настоящее