

Т.Е. Пиктушанская

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩЕМУ НАСЕЛЕНИЮ

ГБУ РО «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 2» (Шахты)

Проведен анализ динамических рядов показателей смертности больных с профессиональными заболеваниями в угольной промышленности за период с 1950 по 2009 гг. (8078 случаев). Выявлено существенное увеличение возраста и стажа работников, впервые взятых на учет в центре профпатологии, а также семикратное сокращение сроков дожития от момента установления диагноза профессионального заболевания до смерти. Показано, что требуется неотложная разработка и реализация в стране комплексной системы медицинской реабилитации работников с начальными признаками воздействия вредных факторов рабочей среды на организм, а также с начальными стадиями профессиональных заболеваний.

Ключевые слова: больные с профессиональными заболеваниями в угольной промышленности, диспансерное наблюдение, смертность, сроки дожития

INDICES OF MORTALITY OF OCCUPATIONAL PATIENTS AS THE CRITERION OF QUALITY OF THE SYSTEM OF GIVING OCCUPATIONAL PATHOLOGICAL HELP TO WORKING POPULATION

T.E. Piktushanskaya

The Centre of Restoring Medicine and Rehabilitation, Shakhty

Analysis of dynamic rows of indices of occupational patients mortality in coal mining industry for the period from 1950 till 2009 (8078 cases) has been carried out. Essential increase of age and the length of service of workers taken into registration for the first time in the Centre of Occupational Pathology as well as the reduction in seven times of the period of living of occupational patients from the moment of establishing the diagnose of an occupational disease till death have been revealed. It has been shown that the urgent working out and realization of the complex system of medical rehabilitation of workers with initial indications of influence of harmful factors of working environment to the organism as well as with initial symptoms of occupational diseases are demanded in the country.

Key words: occupational patients in coal mining industry, observing in the health centre for treatment and prevention of disease, mortality, period of living

Ведущей медико-демографической проблемой современной России стала преждевременная смертность населения, показатели которой наиболее высоки в группах трудоспособного возраста [2, 5, 7]. Вследствие этого проблема снижения профессиональных рисков и сохранения здоровья трудоспособного населения страны возведена в рамки важнейших государственных задач, крайне важных для обеспечения успешного социально-экономического развития России, что отражено в Концепции Президентской программы «Здоровье работающего населения России на 2004 – 2015 гг.» [3].

Одним из важнейших показателей профессионального риска является профессиональная заболеваемость и инвалидность вследствие профессионального заболевания, уровень которых наиболее высок в отраслях экономики, связанных с добычей и использованием природных ископаемых, а также в различных видах машиностроения [4, 8, 9]. Следует отметить, что сама по себе проблема формирования и профилактики профессиональной заболеваемости, как в развитых, так и в развивающихся странах остается актуальной в течение длительного времени [12]. Однако проблема эта чрезвычайно многоаспектна, причем

одну из центральных позиций в ней занимают вопросы влияния профессиональных заболеваний на качество и продолжительность жизни работников.

Так, значительное число современных работ зарубежных авторов посвящено изучению показателей смертности профессиональных больных с заболеваниями органов дыхания, при жизни работавших на предприятиях по добыче рудных полезных ископаемых, в том числе, каменного угля. В частности, анализируя длительность предстоящей жизни больных с силикозом и раком легких, исследователи установили, что показатели смертности больных силикозом от болезней органов дыхания достоверно выше соответствующих популяционных по возрасту показателей, тогда как общая смертность существенно не превышает ожидаемых величин. При этом распространенность курения среди больных силикозом достоверно выше, чем в популяции. Показано также, что в структуре причин смерти больных с профессиональными заболеваниями органов дыхания наблюдается заметное снижение доли случаев смерти от болезней органов кровообращения, а также от рака других органов (кроме легких) по сравнению с популяционными данными [13]. Однако мы не встретили как в отече-

ственной, так и в зарубежной литературе последних 10 лет работ, посвященных анализу продолжительности жизни лиц, имевших при жизни различные профессиональные заболевания, что и побудило нас провести сравнительный анализ показателей смертности больных с профессиональными заболеваниями за последние несколько десятилетий. Таким образом, целью настоящего исследования является динамический анализ показателей смертности больных с профессиональными заболеваниями с учетом факторов профессионального риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу положен анализ Регистра профессиональных больных, созданный в Ростовском областном центре профпатологии (РОЦПП), в который в настоящее время внесена информация более чем на 46 тыс. больных, взятых на учет в РОЦПП, начиная с конца 50-х годов 20 в. На каждого умершего больного с профессиональным заболеванием в базу данных внесены сведения, касающиеся его профессионального здоровья от начала диспансерного наблюдения (первого периодического медосмотра) до смерти, включая сроки выявления отдельных признаков и установления диагноза профессионального заболевания, этапов его клинического течения, присоединявшихся других заболеваний и осложнений, видов, объема и сроков медицинской реабилитации, оценки ее эффективности, результатов экспертизы трудоспособности.

Проанализированы данные 8078 умерших больных с профессиональным заболеванием, которые при жизни работали в угольной промышленности и находились на диспансерном учете в РОЦПП в период 1958 – 2009 гг. Анализировали сроки дожития больных от момента взятия на диспансерный учет и/или установления диагноза профессионального заболевания до смерти с учетом профессии, исходного диагноза профессионального заболевания, причины смерти, возраста и стажа работы по специальности, а также ряда других признаков.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все умершие больные были распределены по семи профессиональным группам: горнорабочий очистного забоя (ГРОЗ, 46,4%), проходчик (20,5%), горнорабочий подземный (ГРП, 8,6%), электрослесарь подземных работ (6,2%), взрывник (2,9%), машинист электровоза (2,4%); в группу прочих, удельный вес которой составил 13,0%, вошли, преимущественно, инженерно-технические работники (рис. 1).

В структуре профессиональных заболеваний среди умерших ведущее место занимали болезни органов дыхания: антракосиликоз (57,8%) и пылевой бронхит (24,1%); около 15% приходилось на вибрационную болезнь, удельный вес радикулопатии не превышал 3%, а нейросенсорной тугоухости (НСТ) – 1% (рис. 2).

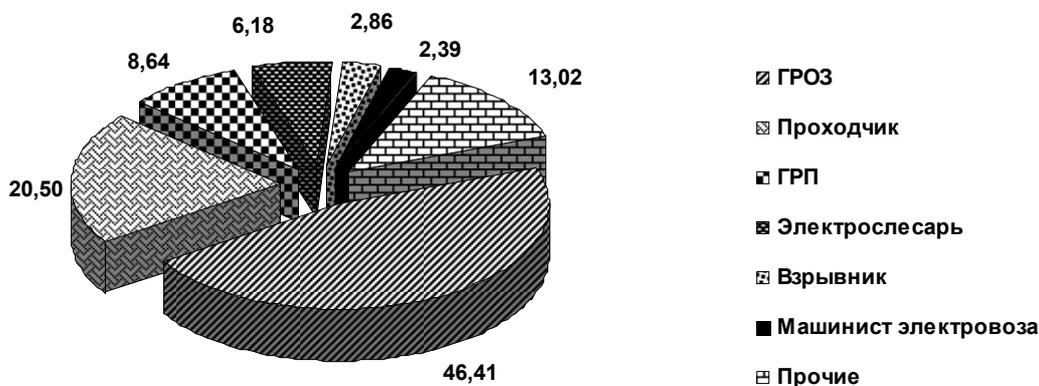


Рис. 1. Структура умерших профессиональных больных, состоявших на учете в РОЦПП, по профессиям (%).

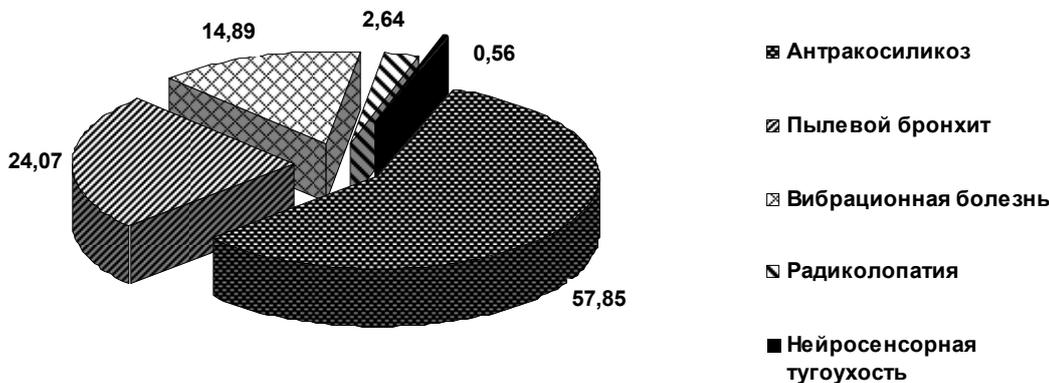


Рис. 2. Структура умерших профессиональных больных, состоявших на учете в РОЦПП, по исходному диагнозу профессионального заболевания (%).

В структуре причин смерти преобладали болезни системы кровообращения (БСК), на долю которых пришлось свыше 45 % всех анализируемых случаев; второе место (14,4 %) заняли профессиональные болезни органов дыхания (БОД) — антракосиликоз, силикотуберкулез, хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), а также легочная недостаточность и другие осложнения, ставшие основной причиной смерти. Практически такой же удельный вес (13,2 %) имели злокачественные новообразования (ЗНО), среди которых около 60 % приходится на ЗНО легких и бронхов. В структуре прочих причин смерти (7,0 %) треть занимали внешние причины, т.е. травмы и отравления. В каждом пятом случае в заключении о смерти больного указано, что причина смерти не установлена (рис. 3).

Анализ паспортных данных и стажевых характеристик умерших больных показал, что в динамике наблюдаемого периода неуклонно возрастал как возраст, так и стаж работы по профессии при взятии работника на диспансерный учет в РОЦПП. Так, если до начала 70-х годов 20-го в. рабочие-угольщики находились на постоянном диспансерном наблюдении в специализированном центре профпатологии, начиная с 10-летнего стажа работы

по специальности (средний стаж работы $12,8 \pm 1,7$ года), при этом их возраст не превышал 40 лет (средний возраст $35,6 \pm 1,7$ года), то в последующем каждую пятилетку стаж и возраст увеличивались, как минимум, на 5 лет (средний пятилетний прирост возраста составил $5,1 \pm 0,7$, стажа — $5,7 \pm 0,7$ года). В 2000 — 2009 гг., шахтеры стали впервые браться на диспансерный учет в возрасте старше 55 лет (средний возраст $56,0 \pm 2,9$ года) при практически максимально возможном к этому возрасту ($36,4 \pm 2,8$ года) стаже работы по профессии (рис. 4).

За этот же период существенно сократились средние сроки дожития больных с профессиональным заболеванием от момента взятия на диспансерный учет и/или постановки диагноза профессионального заболевания до смерти: если в середине прошлого века больные после выявления у них профессионального заболевания, включая силикоз и силикотуберкулез, жили в среднем еще 40 — 45 лет, то к 2009 г. — не более 6 — 7 лет. Иными словами, длительность жизни больных после постановки диагноза профессионального заболевания за прошедшие 60 лет сократилась в 7 раз (рис. 5).

Очевидно, что на продолжительность жизни больных с профессиональным заболеванием должны существенно влиять две группы причин: с

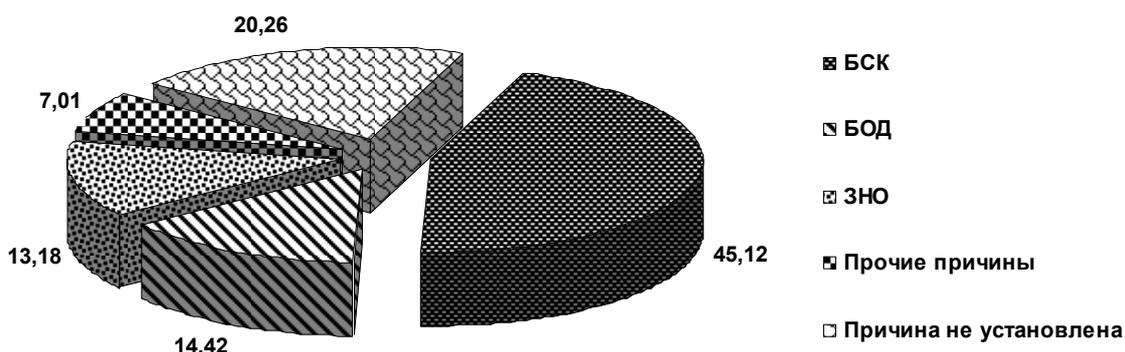


Рис. 3. Структура причин смерти профессиональных больных, состоявших на учете в РОЦПП в период с 1950 по 2009 гг. (%).

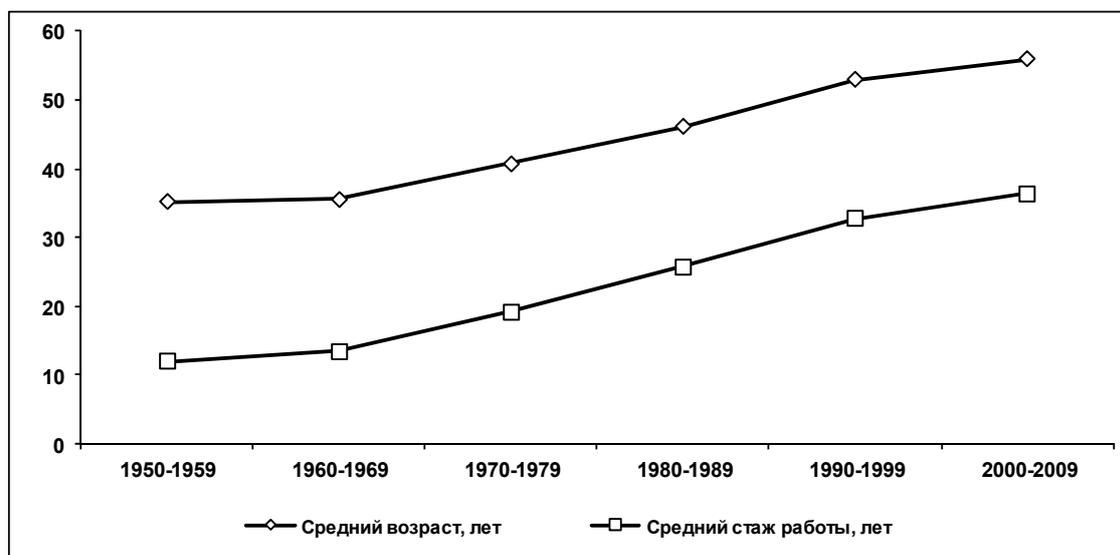


Рис. 4. Динамика изменения возраста и стажа работников угольной промышленности при взятии на диспансерный учет в связи с риском развития профессионального заболевания.

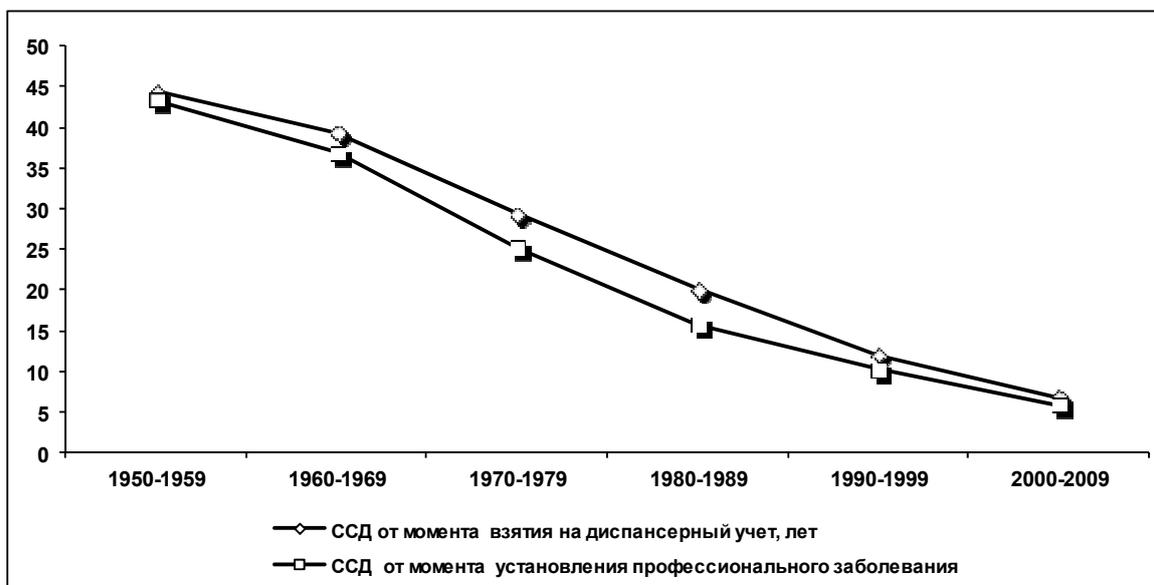


Рис. 5. Динамика изменения средних сроков дожития профессиональных больных от момента взятия на диспансерный учет и постановки диагноза профессионального заболевания до смерти, лет.

одной стороны, это интенсивность и длительность воздействия вредных факторов рабочей среды, с другой — качество медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, которой подвергаются больные с профессиональными заболеваниями на протяжении жизни [1, 6].

Однако за анализируемый период не достигнуто существенного прогресса в отношении уровней воздействия вредных факторов на работников угольной промышленности и интенсивности их труда, и в целом можно с высокой долей вероятности утверждать, что качественного улучшения их к началу нового века не произошло [3, 5, 6].

Что касается качества и эффективности медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями, то состоявшиеся на рубеже 20-го и 21-го веков масштабные реформы общественно-социального обустройства в России обусловили изменения правовых, экономических и организационных основ охраны, укрепления, восстановления здоровья и социальной защиты населения, включая лиц, подвергающихся высокому риску развития профессиональных заболеваний и больных с профессиональными заболеваниями. Общеизвестно, что в России сегодня сложилась парадоксальная ситуация: при росте удельного веса рабочих мест с неудовлетворительными условиями труда в стране постоянно снижается уровень профессиональной заболеваемости и производственного травматизма. Современные социально-экономические реалии на рынке труда привели к тому, что профессиональные заболевания стали невыгодные всем социальным партнерам: работодателю, государству в лице фонда социального страхования, медицинским организациям, проводящим периодические медицинские осмотры, и, наконец, самому работнику.

Введение в Федеральный закон 125-ФЗ определения профессионального заболевания как страхового случая, сопряженного с обязательной утратой трудоспособности, с одновременным исключением практики углубленного обследования в центрах профпатологии лиц с начальными проявлениями профессиональных заболеваний и последующей их этапной медицинской реабилитацией на здравпунктах, в медико-санитарных частях, санаториях-профилакториях и центрах профпатологии, фактически ликвидировало сформированный к середине 20-го века в СССР сам феномен непрерывного диспансерного наблюдения работника, занятого во вредных условиях труда.

Вследствие этого профессиональные заболевания стали выявляться на поздних стадиях формирования, когда доля профессиональных больных, признаваемых инвалидами при первичном медико-социальном освидетельствовании, достигла в некоторых регионах страны 90 % [4, 5, 7]. Разрабатываемое для профессиональных больных-инвалидов индивидуальные программы реабилитации во многих случаях носят формальный характер и не могут быть социально эффективными уже потому, диагноз профессионального заболевания у работника ставится, по сути, в терминальной стадии, когда никакая реабилитация помочь уже не может.

В настоящее время в Приказ № 302н МЗСР России от 12.04.2011 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования)», и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными усло-

виями труда» внесены изменения, касающиеся необходимости отнесения каждого осмотренного работника к одной из 4 групп диспансерного наблюдения. Однако в стране до настоящего времени отсутствует единый регламент диспансерного наблюдения, задачей которого должно быть не только и, может быть, даже не столько предотвращение профессионального заболевания, сколько максимальное отдаление сроков развития его выраженных клинических стадий, обеспечивающее удовлетворительное качество жизни работника и продление его профессионального долголетия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ динамических рядов показателей смертности больных с профессиональным заболеванием в угольной промышленности за период с 1958 по 2009 гг. выявил существенный рост возраста и стажа работников, впервые взятых на учет в центре профпатологии, а также семикратное сокращение сроков дожития профессиональных больных от момента установления диагноза профессионального заболевания до смерти. Это требует неотложной разработки и реализации в стране комплексной системы медицинской реабилитации работников с начальными признаками воздействия вредных факторов рабочей среды на организм, а также с начальными стадиями профессиональных заболеваний. Внедрение подобной системы на федеральном уровне позволит выявить значительные скрытые резервы сокращения предотвратимых причин смерти в трудоспособном и раннем посттрудоспособном возрасте, а также сохранить длительную работоспособность наиболее профессионально подготовленной когорты трудового потенциала страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова М.С., Куковякин С.А. Результативный подход к оценке качества медицинской реабилитации пострадавших от воздействия вибрации в санаторно-курортных условиях // Вятский медицинский вестник. — 2007. — № 2–3. — С. 127.
2. Алексеенко С.Н., Рубцова И.Т., Редько А.Н. Оценка потерь предотвратимой смертности на региональном и муниципальном уровнях // Науч.

труды Всер. науч.-практ. конф. — М., 2006. — С. 46–51.

3. Измеров Н.Ф. Роль профпатологии в медицине труда // Мед. труда и пром. экология. — 2008. — № 11. — С. 1–4.
4. Пузин С.Н., Гришина Л.П., Лунев В.П. Инвалидность трудоспособного населения в Российской Федерации. — М., 2007. — 208 с.
5. Рукавишников В.С., Шаяхметов С.Ф., Гуськова Т.М. Актуальные вопросы сохранения здоровья населения Восточной Сибири // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2007. — № 2. — С. 10–14.
6. Симонова Н.И., Кондрова Н.С. Качество и эффективность медицинской помощи, оказываемой работникам, занятым в условиях труда, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям // Мед. труда и пром. экология. — 2010. — № 6. — С. 1–7.
7. Тихонова Г.И. Современная демографическая ситуация и состояние трудовых ресурсов // Мат. VI Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». — М., 2007. — С. 25–26.
8. Шестаков В.П. Методологические аспекты оценки качества и эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов // Вестник СПб ГМА им. И.И.Мечникова. — 2005. — № 1. — С. 43–46.
9. Шумов А.В., Ивановский А.Г. Потери здоровья населения за счет смертности и инвалидности // Общ. здоровье и профилактика заболеваний. — 2006. — № 6 (20). — С. 46–52.
10. Campbell M., Thomas H., Hodges N. et al. A 24 year cohort study of mortality in slate workers in North Wales // Occup. Medicine. — 2005. — Vol. 55. — P. 448–453.
11. Berryl G., Rogers A., Yeung P. Silicosis and lung cancer: a mortality study of compensated men with silicosis in New South Wales, Australia // Occup. Med. — 2005. — Vol. 55. — P. 387–394.
12. Donoghue A.M. The design of hazard risk assessment matrices for ranking occupational health risks and their application in mining and minerals processing // Occup. Med. — 2004. — Vol. 51, N 2. — P. 118–123.
13. Granados José A Tapia. Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900–1996 // Occup. Med. — 2005. — Vol. 55. — P. 215–226

Сведения об авторах

Пиктушанская Татьяна Евгеньевна – кандидат медицинских наук, заведующая отделением выездной диагностики ГБУ РО «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 2» (346510, Ростовская область, г. Шахты, пер. Дубинина, 4; e-mail: centreat@yandex.ru)