

УДК 621.315.612.6-49:613.62:638.252.42

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ

Гимаева З.Ф.^{1,2}, Мухаммадиева Г.Ф.¹, Каримова Л.К.¹, Валеева Э.Т.¹, Бадамшина Г.Г.¹

¹ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», Уфа, Россия

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Уфа, Россия

Нами проведено изучение распространенности коморбидных состояний у работников, занятых в производстве стекловолокна, имеющих профессиональные заболевания кожи. Полученные результаты являются основой для разработки комплекса организационно-гигиенических и медико-профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья работников производства стекловолокна.

Ключевые слова: производство стекловолокна, профессиональные заболевания, хронические неинфекционные заболевания, болезни системы кровообращения

PREVALENCE OF COMORBID CONDITIONS IN PATIENTS WITH OCCUPATION- AL SKIN NEOPLASMS

Muratova E.A., Daukaev R.A., Afonkina S.R., Mansurova E.V.

Gimaeva Z.F.^{1,2}, Mukhammadieva G.F.¹, Karimova L.K.¹, Valeyeva E.T.¹, Badamshina G.G.¹

¹Ufa Institute of Occupational Health and Human Ecology, Ufa

²Bashkirian State Medical University, Ufa

We have studied the prevalence of comorbid conditions in fiberglass workers with occupational skin diseases. Based on the results obtained, a complex of organizational and hygienic as well as health preventive measures aimed at health maintenance of fiberglass workers can be developed.

Key words: glass fiber production, occupational diseases, chronic non-infectious diseases, blood circulation diseases.

В настоящее время большое внимание уделяется особенностям диагностики и лечения пациентов с сочетанными или коморбидными заболеваниями. Коморбидность как сосуществование двух и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента, значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшает качество жизни больного, ограничивает или затрудняет лечебно-диагностический процесс, оказывает влияние на прогноз и выживаемость пациентов [1,2,3,4,6].

С возрастом число коморбидных заболеваний существенно повышается с 10 % у лиц до 19 лет до 80 % в возрасте 65 лет и старше [5]. Чаще всего в структуре заболеваемости встречается сердечно-сосудистая патология[7].

В связи с вышеуказанным нами были проанализированы данные о распространенности основных сопутствующих заболеваний у работников, занятых в производстве стекловолна, имеющих профессиональные заболевания кожи.

Цель. Изучить распространенность коморбидных состояний у больных профессиональными новообразованиями кожи для разработки эффективных мер их профилактики.

Материал и методы.

В соответствии с целью настоящей работы проведен ретроспективный анализ архивного материала (истории болезни больных с профессиональными новообразованиями кожи) с оценкой результатов ряда клинико-лабораторных и функциональных методов исследований.

В исследование включен 71 оператор получения непрерывного стекловолна, который был распределен по группам:

- в I группу вошли 46 больных с профессиональным ограниченным гиперкератозом;
- II группу составили 25 больных с профессиональными злокачественными новообразованиями кожи.

Распределение обследованных больных по полу, возрасту и стажу работы во вредных условиях труда показало, что в I группе 56,5 % составили мужчины и 43,5 % женщины; во II группе было 48,0 % мужчин и 52,0 % женщин. Среди обследованных преобладали лица в возрасте 50–59 лет и 60–69 лет. Стаж работы у всех больных I и II групп составил более 10 лет.

Общеклинический анализ крови с дифференциальным подсчетом лейкоцитарной формулы, биохимические исследования включали определение содержания общего холестерина и липидного спектра, билирубина, общего белка, мочевины, креатинина, определение активности ферментов аспаратаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) выполнены общепринятыми методами (В.С. Камышников, 2009). Иммунологические исследования включали определение субпопуляций Т- и В-лимфоцитов, циркулирующих иммунных комплексов и содержание иммуноглобулинов М, G, А.

В целях диагностики распространенности основных сопутствующих заболеваний анализировались анамнестические сведения из амбулаторных карт (обращаемость, результаты проведенных исследований – эхокардиография, велоэргометрия, рентгенография органов дыхания, ФГС, УЗИ ОБП и др.), данные объективного осмотра, анализ ЭКГ с оценкой основных параметров. При необходимости работники направлялись на консультацию кардиолога и невролога.

Результаты исследования.

Наиболее часто в I и II группах обследованных профессиональных больных регистрировались болезни системы кровообращения (БСК) (52,2 % и 80,0 % соответственно) (табл. 1).

Таблица 1.

Распространенность коморбидных заболеваний у лиц обследованных групп ($P \pm m$)

Группа больных		Класс болезней по МКБ-10			
		болезни системы кровообращения	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
I группа	М (n=26)	50,0±9,9	30,8±9,2	38,5±9,7	30,8±9,2
	Ж (n=20)	55,0±11,4	20,0±9,2	35,0±10,9	40,0±11,2
	Всего (n=46)	52,2±7,4	26,1±6,5	36,9±7,1	34,8±7,0
II группа	М (n=12)	83,3±11,2	50,0±15,1	33,3±14,2	41,7±14,9
	Ж (n=13)	76,9±12,2	38,5±14,0	38,5±14,0	46,2±14,4
	Всего (n=25)	80,0±8,2	44,0±10,1	36,0±9,8	44,0±10,1

Болезни системы кровообращения в основном были представлены артериальной гипертензией (АГ), цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ), ишемической болезнью сердца (ИБС). В обеих группах прослеживалась тенденция увеличения частоты БСК с возрастом и стажем работы. Причем у больных обеих групп существенных гендерных различий не отмечалось.

Лидирующее место в структуре болезней системы кровообращения у работников занимала гипертоническая болезнь, которая наблюдалась в обеих группах – у 38,3 % и 42,5 % больных соответственно, чаще у лиц мужского пола.

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) также чаще диагностировались во II группе (18,2 %), чем в I группе (14,7 %), и были представлены различными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения, дисциркуляторной энцефалопатией 1 и 2 стадии.

Ишемическая болезнь сердца (в том числе со стенокардией напряжения разного функционального класса, нарушением сердечного ритма, постинфарктным кардиосклерозом) встречалась несколько чаще у больных II группы (12,1 %), чем у лиц I группы (7,3 %).

ЭКГ-симптомы изменений сердечно-сосудистых заболеваний регистрировались у 29,4 % обследованных работников обеих групп. Чаще и многообразнее ЭКГ-изменения были у лиц II группы в возрасте старше 55 лет – 38,5 %. Анализ характера изменений ЭКГ в обеих группах обследуемых показал преобладание гипертрофии миокарда левого желудочка,

нарушений процессов реполяризации по типу ишемии, возбудимости по типу суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол.

При диагностике заболеваний костно-мышечной системы (КМС) учитывали сведения, представленные в амбулаторных картах: обращаемость, результаты рентгенологического исследования, компьютерной томографии, электронейромиографии, данные объективного обследования.

Болезни костно-мышечной системы были распространены в обеих группах (34,8 % больных в I группе и 44,0 % больных во II группе). В структуре болезней костно-мышечной системы преобладали дорсопатии пояснично-крестцового уровня с рефлекторными проявлениями (вертеброгенные люмбалгии и люмбоишалгии), а также артропатии с преимущественным поражением суставов плечевого пояса. Установлено, что возрастная и стажевая динамика распространенности класса болезней КМС в целом имеет тенденцию к нарастанию в обеих профессиональных группах. В зависимости от половой принадлежности существенных различий в обеих группах не отмечалось.

Болезни органов дыхания у обследованных I, II групп были в основном представлены хроническими бронхитами (ХБ). Как в I, так и во II группах данная патология преобладала у лиц мужского пола (30,8 % и 50,0 % соответственно) по сравнению с лицами женского пола (20,0 % и 38,5 % соответственно). Для постановки диагноза использовались результаты объективного исследования и анамнестические данные из амбулаторных карт (рентгенография органов грудной клетки, оценка статуса курильщика и функции внешнего дыхания, исследование мокроты с бактериологическим посевом), при необходимости назначались бронхоскопия и консультация пульмонолога.

В целях диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта использовали клинично-функциональные данные с учетом анамнеза, результатов биохимического анализа крови, на маркеры вирусного гепатита, ФГДС, УЗИ, представленных в амбулаторных картах.

Заболевания желудочно-кишечного тракта встречались практически с одинаковой частотой в I и II группах обследуемых ($36,9 \pm 7,1$ и $36,0 \pm 9,8$ соответственно). Среди заболеваний органов пищеварения у больных обеих групп наиболее распространены хронический гастрит и хронический холецистит с дискинетическими проявлениями. Значительно реже встречались язвенная болезнь желудка и (или) 12-перстной кишки, желчекаменная болезнь, хронический колит.

У больных в зависимости от нозологической формы профессиональных новообразований кожи выявлены изменения ряда клинично-лабораторных показателей. По результатам гематологического обследования, у лиц с профессиональными гиперкератозами обнаружено достоверное увеличение показателей содержания эозинофилов (у 34,6 % мужчин и у 10 % женщин) и лимфоцитов (у 34,6 % мужчин и 15 % женщин). При иммунологическом исследовании у 74 % больных этой группы выявлено снижение Т-супрессоров (CD8+) на фоне повышения В-лимфоцитов (CD20+) и уровня циркулирующих иммунных комплексов.

У больных профессиональными заболеваниями кожи различий в гематологических показателях в зависимости от пола не отмечено. Выявлены достоверные однонаправленные сдвиги в виде лейкоцитоза (у 41,7 % мужчин и у 30,8 % женщин), увеличения числа палочкоядерных нейтрофилов (у 25,0 % мужчин и у 30,8 % женщин), СОЭ (у 33,3 % у мужчин

и 38,5 % женщин), снижения числа тромбоцитов, а также проявлений анемического синдрома (уменьшение содержания эритроцитов и снижение гемоглобина у 41,7 % мужчин и у 30,8 % женщин). У больных с прогрессированием рака кожи выявлено увеличение содержания в крови общего белка, обнаружены иммуносупрессивные изменения клеточного и гуморального звеньев иммунитета по показателям снижения количества Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+), В-лимфоцитов (CD16+, CD20+), уровня иммуноглобулинов класса М, G, при увеличении количества циркулирующих иммунных комплексов.

Результаты проведенного комплексного медико-гигиенического исследования условий труда и состояния здоровья работников производства стекловолна свидетельствовали о необходимости проведения мероприятий по первичной и вторичной профилактике, направленных на сохранение здоровья работающих. Мероприятия по первичной профилактике профессиональных новообразований кожи и хронических неинфекционных заболеваний у работников направлены на устранение факторов риска.

Мероприятия по вторичной профилактике должны включать диспансерное наблюдение за работниками с хроническими заболеваниями, медикаментозную коррекцию в период обострения.

Выводы

1. Высокий уровень риска развития профессиональных новообразований кожи, хронических неинфекционных заболеваний у работников производства стекловолна обусловлен воздействием комплекса факторов производственной среды, включающего вредные вещества, входящие в состав замазочных составов и обладающие канцерогенным действием, мелкодисперсную пыль стекловолна, нагревающий микроклимат, а также микротравматизацию кожи рук.

2. Приоритетной сопутствующей хронической неинфекционной патологией у работников с профессиональными новообразованиями кожи являлись болезни системы кровообращения, которые составили в I исследуемой группе 52,2 % и во II группе – 80,0 % .

3. У работников производства стекловолна установлены разнонаправленные изменения ряда гематологических, биохимических, иммунологических показателей в зависимости от нозологической формы профессиональных новообразований кожи.

Список литературы:

1. Беялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности // Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике: сб. научн. ст. Иркутск, 2009. - С. 47-52.
2. Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность. Лечащий врач. 2013;6:66–70; 8:78–81
3. Денисов, Э.И. Физический и моральный вред здоровью работников: инновационные и математические подходы к их оценке/ Э.И. Денисов, И.В. Степанян, М.В.Шеметов// Охрана здоровья населения промышленных регионов, стратегия развития, инновационные подходы и перспективы: материалы Всероссийской научно- практической конференции.- Екатеринбург, 2009.-С.251-254.
4. Michelson H., Bolund C., Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQOL) irrespective of age // Qual Life Res. 2000; 9: 1093–1104.

5. Calderón-Larrañaga, Gimeno-Feliu, González-Rubio, Poblador-Plou, Lairla-San José, Abad-Díez, Poncel-Falcó, Prados-Torres. Polypharmacy patterns: unravelling systematic associations between prescribed medications. *PLoS One*. 2013;8:1371.
6. Van Weel C., Schellevis F. G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests // *Lancet*. 2006; 367: 550–551.
7. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J. F., Roos S., Knottnerus J. A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases // *J Clin Epidemiol*. 1998; 51: 367–375.