

УДК 616.833.24-002-057-036]:622.33 (477.61/.62)

ПРО СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РАДИКУЛОПАТІЇ У ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ ДОНБАСУ

Ніколенко В.Ю.¹, Жданова Г.В.²¹Донецький національний медичний університет ім. М.Горького²КЛПУ «Обласна клінічна лікарня профзахворювань», м. Донецьк

У роботі проаналізовано особливості профзахворюваності і медико-соціальної значущості хронічної попереково-крижової радикулопатії як одного з найбільш поширених захворювань у гірників, робота яких пов'язана з постійним впливом виробничих факторів ризику. Приведено методи профілактики профзахворювань на радикулопатії, що дозволяють запобігти розвитку профпатології в гірників, котрі зазнають впливу шкідливих факторів виробництва, скоротити терміни госпіталізації хворих і подовжити тривалість ремісії захворювання.

Ключові слова: гірники, радикулопатії, захворюваність

Вступ

Захворювання опорно-рухового апарату та периферичної нервової системи є дуже поширеною патологією. Уражаючи здебільшого людей молодого і середнього віку, приводячи до тимчасової непрацездатності, зазначена патологія завдає значного медико-соціального збитку, а тому становить одну з актуальних проблем сучасної неврології [1,2].

За даними ВООЗ, дегенеративно-дистрофічні процеси опорно-рухового апарату посідають 3-є місце після серцево-судинних захворювань і діабету серед медико-соціальних проблем сучасності [3].

Захворювання хребта зустрічаються в 30 % населення розвинутих країн світу. Число таких хворих за останні роки невпинно зростає, а на реабілітацію витрачаються величезні кошти. На першому місці (60–80 %) за частотою виявлення стоять ураження попереково-крижового відділу хребта, на другому (близько 10 %) – ураження шийного відділу хребта [4].

Останнім часом біль у нижній частині спини (БНЧС) у мешканців розвинутих країн, за даними експертів ВООЗ, досягла розмірів неінфекційної епідемії. Здебільшого це пов'язано зі зростаючими навантаженнями на працюючу людину. Економічні збитки, викликані непрацездатністю пацієнтів із БНЧС, оцінюються як значні. У штаті Каліфорнія, наприклад, вони складають 200 млн. доларів на рік. За даними ВООЗ, у 2000 р. у США ці цифри досягли 25–85 млрд. доларів, у Великобританії – 6 млрд. фунтів стерлінгів, що змушує розцінювати це захворювання як одне із найбільш вартісних [5]. Висока інвалідизація в працездатному віці внаслід-

док уражень опорно-рухового апарату спонукала експертів ВООЗ оголосити 2000–2010 рр. «Декадою кістково-суглобових хвороб». Робоча нарада ВООЗ вбачає мету Декади в зниженні на 25 % прямих і непрямих витрат на медичну допомогу пацієнтам з болями в спині [5,6].

БНЧС найчастіше трапляється у хворих віком 20–50 років (пік захворюваності припадає на 35–45 років). Саме в цій віковій групі зазвичай діагностують первинний механічний синдром БНЧС, тоді як у хворих, молодших 20 і старших 50 років, переважає вторинний синдром БНЧС [7].

Розвитку й прогресуванню патології сприяють особливості роботи: тяжка фізична праця у вимушеній робочій позі, статичні навантаження, вплив вібрації, несприятливого мікроклімату [8].

У Російській Федерації частка працівників, зайнятих тяжкою фізичною працею, зросла за період 2003–2005 рр. з 4,6 % до 5,9 %. В структурі профзахворювань патологія, що пов'язана з фізичними навантаженнями і перенапруженням окремих органів і систем, складала у 2005 р. – 18,2 %, у 2004 р. – 17,3 % [8, 9]. Аналіз професійної захворюваності (ПЗ) відносно професій, опублікованих в статтях, показав, що нині найбільший ризик захворювання на хронічну попереково-крижову радикулопатію (ХПКР) існує серед працюючих чоловіків, особливо робітників вугільної і гірничовидобувної промисловості та водіїв транспортних засобів, а серед жінок – здебільшого сільськогосподарських працівниць [10].

Захворювання опорно-рухового апарату у мешканців Казахстану серед професійних захворювань

займають друге місце — 22,9 %. Найбільш проблемною з гігієнічної точки зору є гірничорудна промисловість Казахстану [11].

У країнах Євросоюзу професійні захворювання спини в 2006 р. вкладалися в такі межі: у Німеччині — 6 %, у Бельгії — 39 %, у Франції — 77 %, Чехії — 33 %, в Іспанії — 85 % [12].

У структурі профзахворюваності в Україні (зокрема, серед робітників вугільної промисловості) патологія подібного роду посідає друге місце (25,5 %), і рівень захворюваності хребта й периферичної нервової системи продовжує зростати, особливо в осіб працездатного віку, що спричиняє великі економічні збитки [13,14,15]. Аналіз профзахворюваності за галузями промисловості в Україні показав зростання її рівня у вугільній, металургійній, машинобудівній галузях, в той час як у працівників сільського господарства він знизився з 1991 року більш ніж у 9 разів, що є ознакою руйнування системи медичного обслуговування в цій галузі [16].

Слід зазначити, що показники профзахворюваності в Україні не відображають реальну частоту профзахворювань у країні. Підтвердженням тому є показники професійної захворюваності у високорозвинених країнах світу. Наприклад, в Англії професійна патологія опорно-рухового апарату діагностується в 4 рази частіше, ніж в Україні, хоча умови праці там значно кращі порівняно з українськими [17].

В Україні зберігаються всі передумови для захворюваності на ХПКР: несприятливі умови праці і медико-соціальні причини (постаріння кадрів, нові підходи до компенсації за втрату працездатності, неефективність попередніх і періодичних медичних оглядів, відсутність патогенетично обґрунтованої системи реабілітації) [18,19]. Тому останнім часом проблема профілактики і попередження розвитку ускладнень радикулопатій є особливо актуальною.

Мета роботи — вивчити стан здоров'я гірників за даними аналізу професійної захворюваності на ХПКР з обґрунтуванням профілактичних заходів, спрямованих на оздоровлення робітників шахтного виробництва.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз 2431 випадків захворювання на ХПКР у гірників вугільних шахт Донецької області за період 2001–2005 рр., згідно з нормами медичної документації КЛПУ «Обласна клінічна лікарня профзахворювань».

Середній вік гірників із ХПКР склав $(49,0 \pm 11,7)$ років, середній стаж $(21,9 \pm 6,5)$ років. Су-

путні захворювання представлено серцево-судинною патологією (гіпертонічна хвороба I-II ст., ішемічна хвороба серця), хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гастрити), захворюваннями нирок.

Усім хворим проведено клінічний огляд із застосуванням інструментальних методів діагностики (рентгенографія попереково-крижового відділу хребта, комп'ютерна (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ)).

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснено за допомогою програм «Microsoft Excel», «Statistica 6.0». Статистичні дані оцінено методами параметричного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

За період 2001–2005 рр., згідно з даними медичної документації КЛПУ «Обласна клінічна лікарня профзахворювань», виявлено 2454 випадків уперше встановлених професійних ХПКР у Донецькій області. З них у вугільній промисловості — 2431 випадок (99,0 %), в інших галузях — 23 випадки (1,0 %).

Розподіл їх по роках установив тенденцію до чіткого зростання загальної кількості ХПКР у гірників вугільних шахт у 2002 році на 240 %: 2001 р. — 10,16 %, 2002 р. — 24,7 %, 2003 р. — 25,0 %, 2004 р. — 22,1 %, 2005 р. — 17,8 %. Виявлення значного зростання кількості захворювань можливо пов'язано зі вступом у чинність Закону України «Про обов'язкове державне соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та профзахворювань...» у 2001 році. Так, починаючи з 2001 року, відмічено черговий етап підвищення професійної захворюваності у вугільній промисловості: у порівнянні з 2000 роком показники захворюваності зросли в 2001, 2002, 2003 роках у 1,75; 3,9 і 3,5 разів. Саме у 2000 році було створено Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань [17].

За даними санітарно-гігієнічних характеристик умов праці гірників, які надійшли до клініки з ХПКР, найбільший вплив на периферичну нервову систему і опорно-руховий апарат мають такі чинники:

- тяжка фізична праця (прохідники, гірники очисного вибою (ГОВ), машиністи гірничовиймальних машин (МГВМ), гірники з ремонту гірничих виробок, які під час зміни виконують тяжку (III категорія) роботу). Тяжка фізична праця є небезпечним етіологічним моментом у виник-

ненні дегенеративних змін хребта і найчастіше стає причиною виникнення загострення, тривалого і важкого перебігу радикулопатії;

- статичне, статико-динамічне й інші види напруження локомоторного апарату. Статичне напруження супроводжується застійною гіперемією і затримкою окислювальних процесів, що створює сприятливе підґрунтя для розвитку патологічних наслідків охолодження. У цьому відношенні особливого напруження зазнає попереково-крижова ділянка, як через анатомічні, так і функціональні її особливості. У разі важкої фізичної роботи найбільше навантаження припадає на ділянку поперекового відділу хребта, зокрема, четвертого і п'ятого хребців;
- вимушене положення тіла залежно від гірничо-геологічних умов, системи розробки, виду і ступеня механізації праці, характеру виробничих процесів і операцій і т. д. (воно може бути вимушеним стоячим, сидячим, зігнутих, на колінах, лежачим);
- специфічний мікроклімат, що постійно чинить нагріваючий, охолоджуючий й інтермітуючий вплив на організм, у т. ч. температурні перепади повітря на робочих місцях і прилеглих до виробок ходках, транспортних галереях, біля ствола і на поверхні шахт. Так, температура повітря робочої зони коливається в широкому діапазоні від 4–10 °С біля ствола до 36 °С і вище в очисних і підготовчих вибоях, що не відповідає гігієнічним нормативам (26 °С), встановленим для робочих місць у вугільних шахтах. При цьому, відносна вологість повітря на робочих місцях гірників складає 85–100 %. Швидкість руху повітря варіює від 0,2 м/с до 4 м/с в очисних і підготовчих виробках, а на основних, магистральних штреках, вона досягає 7–9 м/с;
- підвищені рівні вібрації (145–148 дБ при ГДР 126 дБ при використанні ручного механізованого інструмента у забійників; 125–148 дБ при ГДР 99 дБ загальної вібрації у машиністів шахтного транспорту).

Проводячи аналіз результатів клінічних спостережень, можна

стверджувати, що клініка захворювань попереково-крижового відділу периферичної нервової системи у гірників має деякі особливості, які слід враховувати при проведенні лікувально-оздоровчих заходів і рішенні експертних питань.

Основні синдроми дистрофічного ураження поперекового відділу хребта: больовий, м'язово-тонічний, корінцевий і нейродистрофічний.

Провідний синдром у клінічній картині захворювань попереково-крижового відділу — больовий, який має велику варіабельність. Найчастіше пред'являються скарги на біль у поперековій ділянці з іррадіацією по ходу сідничного нерва. Розподіл за синдромами у гірників, хворих на ХПКР, такий: больовий синдром у 2431 (100 %) гірника, м'язово-тонічний — 2371 (97,5 %), корінцевий — 1350 (55,5 %).

При розподілі захворювань на ХПКР за стадіями було виявлено, що найбільшу частину патології становлять радикулопатії у стадії загострення (рис. 1).

Встановлено, що вегетативно-судинні порушення у гірників, котрі страждають на попереково-крижову радикулопатію, спостерігаються у 75 % випадків (підвищена пітливість стоп, ціаноз, ослаблення пульсацій на артерії тилу стопи й ін.). Така частота вегетативних порушень, можливо, обумовлена тим, що разом з вище переліченими чинниками має місце вплив вібрації на організм.

У розвитку попереково-крижової радикулопатії надають значення набутій патології хребта. Найважливіша роль у формуванні больового синдрому при цьому захворюванні у гірників належить дегенеративно-дистрофічним змінам хребта. У хворих з ХПКР вони реєструвалися в середньому в 50–

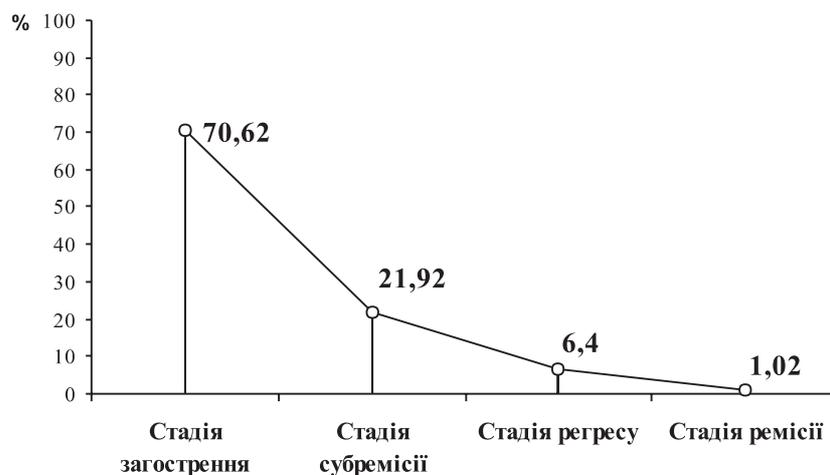


Рис. 1. Розподіл хворих на хронічні попереково-крижові радикулопатії професійного генезу за стадіями (%).

60 % випадків. За даними рентгенологічного обстеження, ці зміни мали характер зниження висоти міжхребцевих дисків (МХД), деформуючого спондильозу та спондилоартрозу, склерозу замикальних платівок, незрощення дуги L5-S1 та люмболізації. Розкрито залежність спондилогенних змін не тільки від віку, але і від стажу роботи : в осіб, які пропрацювали 6 і більше років, ці зміни зафіксовано у 82–87 % випадків, тоді як у малостажованих гірників зміни в хребті відмічено в 17,2 % випадків. КТ та МРТ дослідження підтвердило наявність протрузії МХД, що було діагностовано у 90 % хворих та кили МХД у 75 %. При аналізі рентгенологічних змін залежно від віку основні порушення відмічали у гірників віком 31–40 років.

При діагностиці попереково-крижових радикулопатій варто звертати увагу на різні статико-динамічні порушення – обмеження рухливості хребта, сплюснення поперекового лордозу, сколіоз. Часто ці зміни відбуваються паралельно з гіпотрофіями і гіпотоніями м'язів сідничної ділянки, сакроспинальних і нижніх кінцівок. Обмеження обсягу рухів у поперековому відділі хребта спостерігається у всіх хворих.

У хворих з ХПКР виявлено порушення рефлексорної сфери (переважають зміни ахіллового рефлексу), а також розлади чутливості (гіпалгезії переважно в зоні іннервації L4 L5 S2 сегментів) у 48 %.

Однією з характерних рис клінічного перебігу захворювання є висока частота лівобічного прояву неврологічної симптоматики (лівобічна локалізація за попереково-крижової радикулопатії відзначалася в гірників на 28 % частіше, ніж правобічна). Окрім того, при двобічному ураженні нерідко більш вираженими були двобічні прояви.

При аналізі частоти ХПКР в Донецькій області виявлено 6 шахт, на яких це захворювання зустрічали у гірників найбільш часто (табл.1).

Шахта ім. А.Ф.Засядька, «Комсомолец Донбасу», «П–Донбаська № 1» – відносяться до шахт з пологим і похилим заляганням пластів (кут нахилу від 4° до 38°). Шахта Ф.Е.Дзержинського, «Північна», ім. В.І.Леніна, – до шахт з крутопадаючим і крутим заляганням пластів (кут нахилу від 40° до 77°).

При аналізі залежності співвідношення захворювань на ХПКР до кількості працюючих у підземних умовах відзначено, що на шахтах з крутопадаючим і крутим заляганням пластів відсоток захворює складає (1,1 % ВІ 1,0 % – 1,2 %), а з пологим і похилим – (0,7 % ВІ 0,6 % -0,8 %).

Таким чином, ризик виникнення захворювань на ХПКР у гірників за критерієм χ^2 в 1,4–2 рази ($p < 0,001$) вищий на шахтах з крутопадаючим і крутим заляганням пластів.

Аналіз кількості вперше захворює на ХПКР на 10000 працюючих у підземних умовах на цих шахтах показав, що стосується величини стандартного відхилення (σ) річних показників професійної захворюваності ХПКР на конкретній вугільній шахті від середнього рівня, який складається протягом п'яти років на цій шахті, то найменші відхилення відзначені на шахтах «П–Донбаська № 1» і «Комсомолец Донбасу». Ступінь відхилення професійної захворюваності на ХПКР відповідно показнику стандартного відхилення на шахті «Північна» вище, ніж на шахті «П–Донбаська № 1» у 2,4 разів і на шахті «Комсомолец Донбасу» – у 2,2 разів. На шахті ім.В.І.Леніна

Таблиця 1

Абсолютна кількість випадків ХПКР на деяких шахтах Донбасу та відносна їх кількість від числа працюючих у підземних умовах на цих шахтах (2001–2005 р., %)

| № п/п | Шахти | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Усього за 2001–2005 рр. |
|-------|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| 1 | ім.А.Ф.Засядько | 15 (0,24 ± 0,06) | 62 (0,98 ± 0,12) | 80 (1,16 ± 0,13) | 71 (1,28 ± 0,15) | 66 (1,19 ± 0,15) | 294 (0,96 ± 0,06) |
| 2 | «Комсомолец Донбасу» | 10 (0,28 ± 0,09) | 20 (0,55 ± 0,12) | 35 (0,89 ± 0,15) | 37 (0,92 ± 0,15) | 19 (0,48 ± 0,11) | 121 (0,63 ± 0,06) |
| 3 | «П–Донбаська № 1» | 12 (0,37 ± 0,11) | 23 (0,75 ± 0,16) | 28 (0,91 ± 0,17) | 21 (0,72 ± 0,16) | 28 (0,84 ± 0,16) | 112 (0,72 ± 0,07) |
| 4 | ім.В.І.Леніна | 5 (0,25 ± 0,11) | 27 (1,46 ± 0,28) | 24 (1,57 ± 0,32) | 15 (1,16 ± 0,30) | 15 (1,10 ± 0,28) | 86 (1,07 ± 0,11) |
| 5 | ім.Ф.Е. Дзержинського | 4 (0,29 ± 0,14) | 25 (1,44 ± 0,28) | 26 (1,61 ± 0,31) | 13 (1,03 ± 0,28) | 9 (0,68 ± 0,23) | 77 (1,05 ± 0,12) |
| 6 | «Північна» | 5 (0,35 ± 0,16) | 21 (1,48 ± 0,32) | 25 (1,67 ± 0,33) | 22 (1,89 ± 0,40) | 6 (0,51 ± 0,21) | 79 (1,18 ± 0,13) |

цей показник більший, ніж на шахті «П-Донбаська № 1» у 2,2 разів і на шахті «Комсомолец Донбасу» – в 1,9 разів.

Щодо іншого показника захворюваності – коефіцієнта варіації (V), відрізняються дані, отримані на шахтах з пологими пластами (ім. А.Ф.Засядько, «Комсомолец Донбасу», «П-Донбаська № 1») і шахтах з крутим і крутопадаючим заляганням пластів (ім. В.І.Леніна, «Північна», ім. Ф.Е.Дзержинського) (табл. 2).

Це також підтверджує, що на шахтах з крутопадаючим і крутим заляганням пластів захворюваність гірників на ХПКР вища, ніж на шахтах з пологим заляганням пластів.

Що стосується професійного розподілу, то найчастіше ХПКР розвивалися у ГОВ, прохідників, підземних електрослюсарів, кріпильників, забійників (табл. 3).

Таким чином, основні підземні професії склали (94,9 ± 0,4) %, з них ГОВ і прохідники (61 ± 0,9) %, інженерно-технічні працівники (ІТП) – (5,1 ± 0,4) %.

Аналіз «накопиченої імовірності», що відображає частку хворих із ХПКР, у яких професійну патологію зареєстровано при стажі роботи від початку контакту зі шкідливими виробничими факторами до даного стажу включно, виявив наростання частоти захворювань зі збільшенням виробничого стажу (рис. 2).

При розподілі гірників з ХПКР за віком визначено, що гірники віком 40–49 років склали найбільшу частку працюючих (рис. 3).

З вищевикладеного видно, що клінічні прояви ХПКР зафіксовано у відносно молодому віці, тобто відповідають працездатному вікові (49,0 ± 11,7) років при тривалому стажеві роботи (22,0 ± 6,5) років.

Гострота проблеми професійної захворюваності у вугільній промисловості, як і раніше, зберігається, і питання профілактики вимагають уваги і вирішення.

Вивчення захворюваності на ХПКР у гірників шахт Донбасу за п'ять років (2001–2005 рр.), а також дослідження більшості причин виникнення і прогресування професійних ХПКР дають нам під-

Таблиця 2

Динаміка професійної захворюваності на ХПКР гірників на 6 шахтах (2001–2005 рр.)

| № п/п | Шахти | Професійна захворюваність на 10000 підземних працівників | | | | | σ | V |
|-------|-----------------------|--|-------|-------|-------|-------|------|------|
| | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | | |
| 1 | ім.А.Ф.Засядько | 23,5 | 97,8 | 115,6 | 127,6 | 119,0 | 42,3 | 43,7 |
| 2 | «Комсомолец Донбасу» | 28,4 | 55,0 | 89,0 | 91,9 | 47,7 | 27,4 | 43,9 |
| 3 | «П-Донбаська № 1» | 37,0 | 75,2 | 91,0 | 72,0 | 83,6 | 20,8 | 28,9 |
| 4 | ім. В.І.Леніна | 24,8 | 145,6 | 157,3 | 115,7 | 110,3 | 51,9 | 46,8 |
| 5 | ім. Ф.Е.Дзержинського | 28,5 | 143,5 | 160,6 | 102,8 | 68,2 | 54,1 | 53,7 |
| 6 | «Північна» | 35,1 | 147,6 | 166,6 | 189,5 | 51,3 | 70,1 | 59,4 |

Таблиця 3

Кількість випадків ХПКР у залежності від професії (2001–2005 рр.)

| № п/п | Професія | Загальна кількість хворих на ХПКР | % |
|-------|------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| 1 | ГОВ | 776 | 31,9 ± 0,94 |
| 2 | Прохідник | 708 | 22,1 ± 0,84 |
| 3 | Підземний електрослюсар | 187 | 7,6 ± 0,53 |
| 4 | Кріпильник | 153 | 6,2 ± 0,48 |
| 5 | Забійник | 150 | 6,1 ± 0,48 |
| 6 | Гірничий майстер | 104 | 4,2 ± 0,40 |
| 7 | МГВМ | 98 | 4,0 ± 0,39 |
| 8 | Гірничомонтажник | 31 | 1,2 ± 0,22 |
| 9 | Гірник-підземник | 29 | 1,1 ± 0,22 |
| 10 | Машиніст електровоза | 19 | 0,7 ± 0,16 |
| 11 | Механік ділянки | 14 | 0,5 ± 0,14 |
| 12 | Машиніст підземних установок | 12 | 0,4 ± 0,12 |
| 13 | Начальник ділянки | 6 | 0,2 ± 0,09 |

ставу для обґрунтування, розробки нових й удосконалення розроблених шляхів первинної і вторинної профілактики:

1. Оздоровлення виробничого середовища шляхом технічного переозброєння вугільної галузі, установки нового технологічного обладнання.
2. Полегшення тяжкості праці шляхом: удосконалення організації праці; використання принципу «захисту часом»; фізіологічної раціоналізації режиму праці і відпочинку.
3. Використання ефективних засобів індивідуального захисту (протирадікулітних поясів), в процесі розробки яких необхідно враховувати мікрокліматичний фактор у глибоких вугільних шахтах.
4. Медико-біологічні заходи:
 - подальша розробка та удосконалення законодавчої бази в галузі охорони здоров'я і безпеки праці;
 - проведення гігієнічної експертизи умов праці з урахуванням усіх особливостей виробничого середовища і трудової діяльності гірників вугільних шахт;
 - створення баз даних про умови роботи і стан здоров'я працівників окремого підприємства, незалежно від форми власності;
 - проведення моніторингу оцінки ризиків для здоров'я працюючих в умовах дії шкідливих факторів, використання результатів моніторингу для керування умовами праці;
 - удосконалення попередніх і періодичних медичних оглядів, що враховують відносні медичні протипоказання до роботи за основними професіями, стаж і вік;
 - відновлення системи диспансеризації груп ризику і хворих на ХПКР, забезпечення індивідуальних реабілітаційних програм з урахуванням віку;
 - поліпшення реабілітації гірників в умовах оздоровчих структур шахти, забезпечення санаторно-курортною реабілітацією працюючих у шкідливих умовах (міста Саки, Євпаторія, Слов'янськ, Хмельник).

Для реалізації заходів первинної і вторинної профілактики необхідні мате-

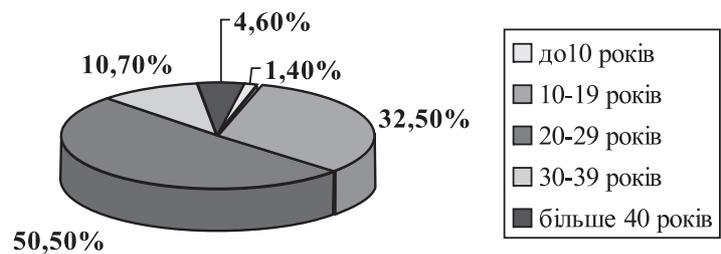


Рис. 2. Структура вперше встановлених ХПКР професійної етіології в залежності від стажу роботи (2001–2005 рр.).

ріальні витрати, але з огляду на виплати за лікарняними листами з тимчасовою втратою працездатності через ХПКР, а також виплати Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань, запровадження пропонуваного комплексу заходів є не тільки гігієнічно обґрунтованим, але й економічно вигідним.

Висновки

1. Вираженість, поліморфізм клінічної симптоматики і дедалі більша поширеність хронічних попереково-крижових радикулопатій серед працюючого населення, особливо у гірничовидобувній промисловості обумовлюють величезну соціальну значущість даної проблеми.
2. Ризик виникнення захворювань на хронічні попереково-крижові радикулопатії у гірників вищий на шахтах з крутопадаючим і крутим заляганням пластів.
3. Найвищий рівень професійної захворюваності й індивідуальних професійних ризиків виявлено у працівників основних професій – ГОВ і прохідників.
4. Найбільший ризик розвитку радикулопатій відзначається у гірників зі стажем понад 20 років і віком 40–49 років, тобто в працездатному віці.
5. На підставі результатів досліджень удосконалено комплекс заходів первинної і вторинної профілактики радикулопатій.

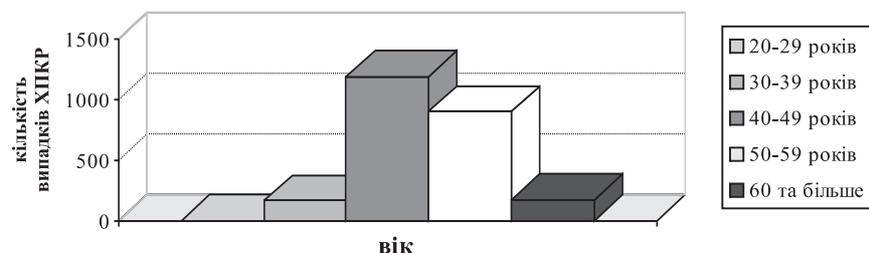


Рис. 3. Частота вперше встановлених ХПКР професійної етіології в залежності від віку (2001–2005 рр.).

Література

1. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). – М.:Медпресс, 2003. – 670с.
2. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице // *Consilium medicum*. – 2002. – № 2. – P.96–102.
3. Мухин В.В., Передерий Г.С., Харковенко Н.М. Уровень, структура и динамика сочетанных форм профзаболевваемости у горнорабочих угольных шахт Донецкой области // *Медицина труда и пром. экология*. – 2003. – № 6. – С. 11–13.
4. Воробей В.В., Рой І.В. Остеохондроз позвоночника: этиология, клиника, лечение физическими методами // *Журнал практичного лікаря*. – 2001. – № 6. – С. 39–44.
5. Подборка документов ВОЗ для Сектора здравоохранения ВОЗ. – 2006. – www.who.int/ceh.
6. Здоровье работающих: проект глобального плана действий ВОЗ. – ЕВ120/28. – 02.01.2006. – п.4.10. – С.1–9.
7. Шостак Н.А. Современные подходы к терапии боли в нижней части спины // *Consilium medicum*. – 2003. – Т.5, № 8. – С. 457–461.
8. Верещагин А.И. Деятельность органов и организаций Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации по гигиене труда и оценке условий труда в Российской Федерации по отчетам статистической формы № 18 в 2001–2005гг. // Информационный сборник статистических и аналитических материалов под редакцией Главного врача ФГУЗ. Федеральный центр Роспотребнадзора А.И.Верещагин. – М:ФУГЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» – Роспотребнадзора, 2006. – 40 с.
9. Верещагин А.И., Степанов С.А. О состоянии профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2005 году // *Материалы II Всероссийского съезда врачей-профпатологов // Концепция и система службы медицины труда в Российской Федерации, Ростов-на-Дону, 3–5 октября 2006: Ростов-на-Дону: Полиграфист, 2006. – С.28–30.*
10. Ретнев В.М. Профессиональные заболевания: прошлое и настоящее // *Медицинский академический журнал*. – 2007. – Т.7, № 3. – С.94–101.
11. Баттакова Ж.Е., Исмаилова А.А., Султанбеков З.К. и др. Оценка общей и профессиональной заболеваемости на предприятиях горнорудной промышленности Казахстана // *Медицина труда и пром. экология*. – 2008. – № 2. – С.1–5.
12. Денисов Э.И., Чесалин П.В. Профессионально обусловленная заболеваемость и ее доказательность // *Медицина труда и пром. экология*. – 2007. – № 10. – С. 1–9.
13. Бережнов С.П., Мухин В.В. Сохранение профессионального здоровья украинских шахтеров – приоритетная задача медицины труда // *Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Донецкой области*. – Донецк, 2007. – С.3–9.
14. Кундієв Ю.І., Нагорна А.М. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз. – К.: Авіцена, 2006. – С.209–231.
15. Мухин В.В., Передерий Г.С., Суханов В.В. Медицина труда в угольной промышленности: настоящее и будущее // *Медицина труда в угольной промышленности /Под ред. В.В.Мухина. – Донецк, 2000. – С.7–15.*
16. Кундієв Ю.І., Нагорна А.М., Чернюк В.І. Професійне здоров'я в Україні та шляхи його покращення // *Журнал АМН України*. – 2007. – Т.13, № 3. – С. 464–475.
17. Мухин В.В., Передерий Г.С., Басанец А.В., Харковенко Н.М. Соціально-гігієнічний аналіз механізмів формування професійної захворюваності гірників вугільних шахт, заходи її профілактики // *Укр. журн. з пробл. медицини праці*. – 2006. – № 2. – С.63–73.
18. Гладчук Є.О. Про стан та проблеми профпатологічної служби Донецької області // *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 75-річчю Донецької області*. – 2007. – С.17–22.
19. Валуцина В.М., Передерий Г.С., Тарасенко В.Г., Смоленко Л.В. Влияние условий труда на развитие пояснично-крестцовых радикулопатий у горнорабочих // *Актуальні проблеми гігієни праці, професійної патології і медичної екології Донбасу*. – Донецк, 2005. – С.166–171.

Николенко В.Ю.¹, Жданова Г.В.²

О СОСТОЯНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАДИКУЛОПАТИЯМИ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ ДОНБАССА

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

²КЛПУ «Обласная клиническая больница профзаболеваний», г. Донецк

В работе проведен анализ особенностей профзаболеваемости и медико-социальной значимости хронических пояснично-крестцовых радикулопатий как одной из ведущих форм заболевания у горнорабочих, чья работа связана с постоянным воздействием производственных факторов риска. Приведены методы профилактики проф-

заболеваний спины, позволяющие предотвратить развитие профпатологии у горнорабочих, подвергающихся воздействию вредных факторов производства, сократить сроки госпитализации и увеличить продолжительность ремиссии заболеваний.

Ключевые слова: горнорабочие, радикулопатии, заболеваемость

Nikolenko V.Yu., Zhdanova G.V.

ON RADICULOPATHY OCCUPATIONAL MORBIDITY OF COAL MINERS IN DONBASS MINES

The article deals with the analysis of peculiarities in morbidity and social importance of professional lumbar-sacral radiculopathy as one of the leading nosologic type of diseases in coal miners, whose work is characterized by permanent exposures to risk factors. Methods of preventing occupational spine diseases are laid down, allowing to prevent development of occupational diseases in coal miners, exposed to occupational harmful factors, to shorten the period of hospitalization and to increase the period of remission.

Key words: miners, radiculopathy, morbidity

Надійшла: 20.03.2008

Контактна особа: Ніколенко В.Ю., професор, кафедра професійних захворювань і радіаційної медицини,
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького.
Тел. (050) 174-38-63. E-mail: nikolenko@interdon.net