

*Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики
и охраны здоровья рабочих промпредприятий Роспотребнадзора,
Екатеринбург, Россия*

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ КОМПРЕССИОННЫХ НЕЙРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У РАБОТАЮЩИХ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА

Актуальность настоящего исследования обусловлена тем, что по данным различных авторов компрессионные нейропатии в структуре заболеваний периферической нервной системы составляют от 9% до 45%, из них самыми распространенными являются синдром запястного и кубитального канала. Высокая распространенность указанной патологии, нередко приводящая к ограничению трудоспособности больных, наносит социально-экономический ущерб.

В литературе рассматриваются многочисленные факторы риска, обуславливающие развитие мононейропатий, которые можно, на наш взгляд, разделить на две большие группы - общие и местные. Из локальных (местных) этиологических факторов наибольшее значение придается физическому перенапряжению.

В условиях периодического медицинского осмотра было обследовано 909 рабочих двух крупных промышленных предприятий Свердловской области, которые были разделены на две группы. Первую (экспонированную) группу составили 250 горнорабочих бокситового рудника (проходчики, бурильщики), которые работали в условиях воздействия локальной вибрации и физического перенапряжения. Вторую группу (контрольную) представляли 659 инженерно-технических служащих, не имевших контакта с профессиональными вредностями.

Оценка профессиональных рисков развития основных признаков нейропатии верхних конечностей проводилась на основании расчета основных показателей: относительного риска, отношения шансов, этиологической доли. В качестве основного признака нейропатий, на основании которого проводились расчеты рисков, использовалось онемение.

Показатель отношения шансов составил 10,16 (ДИ 7,03 - 14,79), то есть шансы возникновения заболевания в экспонированной группе, в 10,16 раз больше, чем в контроле. Относительный риск (RR) составил 6,9 (ДИ 5,1 - 9,4), то есть вероятность возникновения заболевания в экспонированной группе превышают в 6,9 раз таковые в контрольной группе. По относительному риску можно оценить степень

профессиональной обусловленности онемения (Денисов Э.И., 1999). При значении $RR = 6,9$ ($RR > 5$), этиологическая доля (EF) составляет 85,8%, что соответствует полной степени профессиональной обусловленности онемения. В данном случае профессиональными факторами являются локальная вибрация, физическое перенапряжение, переохлаждение. Недостатком приведенных расчетов является игнорирование других этиологических факторов или факторов риска.

Таким образом, полученные данные расчетов профессиональных рисков свидетельствуют о том, что в условиях воздействия вибрации, физического перенапряжения, переохлаждения вероятность развития нейропатий верхних конечностей в 6,9 раз выше, чем при работе без влияния данных производственных факторов.

БЕЛЯЕВА И.В., НИФАНТОВ В.А., ДОЛГУШЕВА О.В.

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Цель нашего исследования является оптимизация лечебно-профилактических программ при остеохондрозе позвоночника у работников локомотивных бригад.

Материал и методы. Наблюдались 26 работников локомотивных бригад (машинисты, помощники машинистов) Пермского узла Свердловской железной дороги по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника в возрасте $44,36 \pm 5,48$ года (стаж работы на железной дороге $23,33 \pm 4,56$ года, длительность остеохондроза позвоночника $9,00 \pm 5,74$ лет). Группу сравнения составили 19 практически здоровых лиц (средний возраст составил $32 \pm 5,85$ лет, стаж работы на железной дороге $2,17 \pm 4,41$ лет).

В целях сокращения сроков госпитализации и повышения эффективности проводимой терапии при остеохондрозе позвоночника у работников локомотивных бригад было предложено использование физиотерапевтического аппарата «Миоритм-040» на паравертебральные зоны, основанного на воздействии импульсного низкочастотного (от 20 до 120 Гц) электрического поля специальных параметров, курсом 10 процедур.

Клинический эффект лечения оценивали как хороший при купировании болевого синдрома, увеличении объема активных движений в пояснице, отсутствии мышечного напряжения в поясничном отделе и симптомов натяжения; удовлетворительный – при уменьшении интенсивности болей в спине, мышечного напряжения, наличии слабopоложительных симптомов натяжения, неудовлетворительный – при сохранении болей, мышечного напряжения, симптомов натяжения.