

ки, новообразования в агломерационном цеху статистически не отличаются от заболеваемости в контрольной группе и не зависят от условий труда и относятся к общим заболеваниям.

4. Для улучшения состояния здоровья работников и определения первоочередных профилактических мероприятий по снижению риска развития производственно-обусловленной заболеваемости на предприятии необходимо провести детальную оценку профессионального риска в основных цехах металлургического производства.

Литература

1. Профессиональный риск. Теория и практика расчета : Монография / Под. ред. А. Г. Хрупачева, А. А. Хадарцева. « Тула: Изд-во ТулГУ, 2011. « 330 с.
2. Измеров Н.Ф. Оценка профессионального риска в медицине труда / Н. Ф. Измеров, Г. К. Родионова, Т. Б. Попова, Э. И. Денисов // Вестник РАМН. 2004. — № 2. — С. 17–20.
3. Каминский К. П. Профессиональные риски в системе обязательного социального страхования // Вестник РАМН. 2010. — № 5. — С. 10–14.
4. Кузьмин С. В. Региональная «Система медицина труда» « эффективная модель оценки и управления профессиональными рисками / С. В. Кузьмин, В. Г. Гурвич, О. Ф. Климин, Н. А. Рослая // Медицина труда и промышленная экология. — 2010. — № 2. — С. 1–4.
5. Профессиональный риск для работников (Руководство): Под ред. Н. Ф. Измерова, Э. И. Денисова. — М.: Тривант, 2003. — 198 с.

УДК 614.8.067 : 669.013-057

Л. П. Шар авара

ЗГМУ, г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доцент А. И. Севальнев

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ СРЕДИ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИЙ ВЕДУЩЕГО МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Цель исследования: провести оценку заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди основных профессий ведущего предприятия черной металлургии.

Материалы и методы: проведен анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности, по данным отчетов о причинах временной нетрудоспособности (форма ТН-23) за 3 года. В качестве контрольной группы бралась заболеваемость работников заводоуправления.

Результаты: наибольшее количество случаев на 100 работающих по заболеваниям органов дыхания отмечается среди подручных сталевара ($64,2 \pm 5,9$), агломератчиков ($49,6 \pm 5,2$) токарей ($44,8 \pm 4,8$) и огнеупорщиков ($43,1 \pm 4,8$), соответственно в 18,9, 14,6, 13,2 и 12,7 раза ($p \leq 0,01$) больше чем в контрольной группе. Также высокой частота их была среди дозировщиков ($38,0 \pm 0,4$), горновых ($29,7 \pm 0,3$), машинистов шихтоподачи ($32,2 \pm 0,3$) и сталеваров ($34,5 \pm 0,3$), что было соответственно в 11,2, 8,7, 9,5 и 10,1 раза ($p \leq 0,01$) больше чем в контроле. Количество случаев нетрудоспособности по болезням нервной системы у работников разных профессий статистически не отличались. Временная нетрудоспособность в случаях на 100 работающих по заболеваниям глаз наиболее часто возникает среди агломератчиков ($3,1 \pm 0,3$) и огнеупорщиков ($2,8 \pm 0,3$) и в 6,2 и 5,6 раза ($p \leq 0,01$) больше чем в контрольной группе. Также статистически значимо больше, чем в контрольной группе, частота этих заболеваний среди дозировщиков ($2,0 \pm 0,2$), подручных сталевара ($1,3 \pm 0,1$) и токарей ($1,2 \pm 0,1$). Количество случаев нетрудоспособности по заболеваниям сердечно-сосудистой системы

только у токарей была значительно выше, чем среди других профессий ($5,8 \pm 0,6$) и была в 6,4 раза ($p \leq 0,01$) больше чем в контроле. Показатели временной нетрудоспособности в случаях на 100 работающих по заболеваниям органов пищеварения была наибольшей среди агломератчиков ($7,8 \pm 0,8$), огнеупорщиков ($5,0 \pm 0,6$), подручных сталевара ($3,7 \pm 0,4$), сталеваров ($2,1 \pm 0,2$) и токарей ($5,8 \pm 0,6$), где эти показатели были соответственно в 13,0 раз ($p \leq 0,01$), 8,3, 6,2, 3,5 и 9,7 раза ($p \leq 0,05$) больше чем в контрольной группе. Временная нетрудоспособность по заболеваниям кожи и подкожной клетчатки была наибольшей среди огнеупорщиков ($5,5 \pm 0,6$), агломератчиков ($3,1 \pm 0,4$) и токарей ($2,9 \pm 0,3$), что соответственно в 18,3, 10,3 и 9,7 раза ($p \gg 0,01$) больше чем в контроле. Распространенность таких заболеваний среди горновых, подручных сталеваров и сталеваров была в 5,7, 6,0 и 5,0 раза ($p \leq 0,05$) больше чем в контрольной группе. Среди всех профессий наибольшее количество временной нетрудоспособности в случаях на 100 работающих по заболеваниям костно-мышечной системы было среди агломератчиков ($12,4 \pm 1,6$), подручных сталевара ($8,3 \pm 0,9$) и токарей ($7,6 \pm 0,9$), где эти показатели были соответственно в 9,5, 6,4 и 5,8 раза ($p \gg 0,01$) больше, чем в контрольной группе. Высокой была также частота их среди дозировщиков, горновых, машинистов шихтоподачи и огнеупорщиков, что соответственно в 6,2, 5,3, 4,5 и 3,8 раза ($p \gg 0,05$) больше, чем в контрольной группе. Случаи заболеваний мочеполовой системы с наибольшей частотой встречались среди машинистов шихтоподачи ($6,9 \pm 0,8$), подручных сталевара ($4,2 \pm 0,5$) и токарей ($5,2 \pm 0,6$), а также среди агломератчиков ($3,9 \pm 0,5$) и огнеупорщиков ($2,2 \pm 0,4$), что было соответственно в 11,5, 7,0 и 8,7 раза ($p \leq 0,01$) и в 6,5 и 3,7 раза ($p \leq 0,05$) больше чем в контрольной группе.

Выводы среди основных профессий металлургического предприятия установлен высокий уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности по всем нозологическим формам, кроме заболеваний ЦНС и заболеваний сердечно-сосудистой системы.

УДК 616.314-089.165

Н. В. Шедякова, А. А. Нечаева

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, г. Тверь, Россия

Научные руководители: д-р мед. наук, профессор А. Ж. Петрикас, д.м.н., профессор В. М. Червинец, канд. мед. наук, доцент Е. В. Честных

МИКРОБНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННОГО ПОЛЯ ПОЛОСТИ РТА И ЕГО АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ ОЧИЩЕНИЕ

В медицине инъекция подразумевает антисептическую обработку места вкола. Mallamed (2004), главный дентальный анестезиолог в 1980 году отметил, что более 70 % дантистов не проводят такой обработки [5]. В России отношение практических стоматологов к инъекции также небрежное, при наличии богатого арсенала антисептиков. Даже в учебной литературе, как правило, опускалась прединъекционная подготовка слизистой оболочки. Только М. Д. Дубов в 1969 году подробно её описывает, рекомендуя промывание операционного поля струёй слабого раствора марганцовокислого калия из кружки Эсмарха в течение 30 сек. Риск серьёзных воспалительных осложнений дентальных инъекций крайне низок. Любая дополнительная фармакологическая нагрузка может стать сама фактором риска [4].

Цель исследования микробиологическая оценка эффективности традиционной антисептической обработки места инъекции.

Материалы и методы

Клинико-фармакологическое исследование аппликационной антисептической обработки слизистой оболочки полости рта 0,2 % раствором хлоргексидина и слабым раство-