

## О ФОРМИРОВАНИИ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У РАБОТНИКОВ РАЗНЫХ ОТРАСЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Одесский национальный медицинский университет

Современная медицина рассматривает возникновение бронхиальной астмы (БА), как реализацию наследственной предрасположенности на фоне выраженной экспрессии экзогенных антигенов. При этом установлено, что на частоту возникновения БА существенное влияние оказывает профессиональная деятельность, характеризующаяся регулярным контактом с различными химическими или биологическими веществами. В связи с этим, актуальным является формирование среди этих категорий работающих групп риска по развитию БА. Для определения значимости различных критериев в возникновении БА, у 243 пациентов в возрасте 17-40 лет, с впервые диагностированной БА, был проведен корреляционный анализ данных анамнеза, наличия сопутствующих заболеваний и результатов обследования (клинико-функциональные и лабораторные показатели). Положительная корреляция с высоким уровнем достоверности ( $r > 0,72$ ) отмечалась между диагнозом БА и наличием повышенного уровня общего иммуноглобулина Е в крови. Положительная корреляция диагноза БА со средним уровнем достоверности ( $0,7 > r > 0,3$ ) отмечается с наличием у больных сопутствующего аллергического ринита ( $r = 0,51$ ), отягощенного семейного аллергического анамнеза ( $r = 0,36$ ) и эозинофилии в крови ( $r = 0,39$ ). Таким образом, при проведении медицинских осмотров работников химических (фармацевтических) производств и представителей других профессий, которые часто выполняют лакокрасочные работы (строители, матросы, автослесари и др.) для формирования групп риска по развитию БА необходимо учитывать наличие сопутствующего аллергического ринита и отягощенного семейного аллергологического анамнеза, а также эозинофилии крови. Наличие их у обследуемого, в случае выявления повышенного уровня общего ИгЕ в крови, служит основанием для включения его в группу риска.

А. О. Асмолова

## ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У СТОМАТОЛОГІВ - ПРОФПАТОЛОГІЯ ?

Одеський національний медичний університет

Сьогодні стоматологічна служба, як ніяка інша диференціювалась на державну (комунальну) та приватно практикуючу. Однак, і в одній, і в іншій структурі при первинному обстеженні відвідувачів та в процесі подальшого лікування не розглядаються питання, які пов'язані з можливою наявністю легеневого туберкульозу у пацієнтів. В той самий час показники захворюваності на туберкульоз легень всіма формами в залежності від регіону України представляються від 70 до 120 на 100 тис. населення. Це значно вище епідпорога. Необхідно також зазначити, що медичні огляди населення проводять в основному організованому контингенту. Таким чином, представлені показники уособлюють лише верхню або видиму частку айсбергу під назвою - туберкульоз. Основними методами

протидії туберкульозу у стоматологів є провітрювання та кварцування (за схемою) стоматологічного кабінету, а також використання 6 шарових марлевих пов'язок тривалістю не довше 4-х годин (за вимогами ВООЗ). Робота у такому засобі індивідуального захисту вкрай не зручна, а використання звичайних масок від зараження туберкульозом не гарантує. Нами проведено ретроспективні дослідження захворюваності на туберкульоз серед медпрацівників за десятирічний період (2000-2010 р.р.). Встановлено, що частіше хворіють патологоанатоми, на другому місці - судмедексперти, а на третьому - фтизіатри і стоматологи. Припускається, що основним джерелом туберкульозної інфекції у стоматологічного хворого є пародонтальні кишечі, у яких в 71 % знаходять МБТ методом полімеразноланцюгової реакції.

Висновок: необхідно провести широке дослідження по оцінці професійного ризику захворюваності на туберкульоз у стоматологів, тому що рівень захворюваності на туберкульоз легень серед стоматологів і фтизіатрів ідентичний, але останні отримують за роботу надбавку до зарплати (до 60 %) і при виникненні у них туберкульозу це оцінюється як профпатологія.