

UNELE DATE CU PRIVIRE LA CAUZELE ŞI RISCURILE ÎMBOLNĂVIRII SALARIAŢILOR DIN MUNICIPIUL CHIŞINĂU

Spătaru Ion – medic igienist,
Ciapala Victoria – medic igienist,
Buga Vladimир – medic igienist,
Mirca Daniel – medic igienist,

Centrul de Sănătate Publică municipiul Chişinău

E-mail: ispataru86@gmail.com, tel.: (022)574-363

Rezumat

În articol se prezintă unele aspecte ale stării de sănătate a muncitorilor din municipiul Chişinău de pe poziţiile sănătăţii ocupaţionale. Perioada de referinţă cuprinde anii 2004-2011. Au fost puse în evidenţă particularităţile morbidităţii prin ITM, patologiei profesionale şi calitatea examenelor medicale periodice.

Cuvinte-cheie: activitate profesională, medicina ocupaţională, boli profesionale, sănătatea în muncă, factori de risc, factori de producere

Summary: Some dates concerning the causes and risks of the illness of employees in the municipality Chisinau

The paper presents some aspects of the health of workers from Chisinau on the occupational health positions. Reference period covers the years 2004 to 2011. Have been highlighted the particularities of the morbidity temporary disability, illness and quality of periodic medical examinations.

Keywords: occupation, occupational medicine, occupational diseases, occupational health, risk factors, factors of production

Резюме: Некоторые данные о причинах и рисках заболеваемости у работников муниципия Кишинэу

В статье представлены некоторые аспекты здоровья работников в Кишиневе профессиональной позиции здоровья, отчетный период охватывает период с 2004 по 2011 год. Были выделены функции ИТМ заболеваемости, патологии и профессиональные качества периодических медицинских осмотров.

Ключевые слова: профессиональная деятельность, медицина труда, профессиональные заболевания, охрана здоровья, факторы риска, факторы производства

Introducere. Sănătatea, fiind dreptul suprem al individului este în permanență în vizorul Organizației Mondiale a Sănătății [3, 5]:

- în 1975, directorul general al OMS dr. Halfdan Mahler, a lansat conceptul „Sănătatea pentru toți până în anul 2000” propunând: „o acțiune urgentă pentru a realiza în cei 25 de ani ai unei generații ceea ce nu s-a realizat până acum”;

- în 1977, Adunarea generală a OMS a decis în unanimitate principalul scop al țărilor membre, și anume: „până în anul 2000 toți oamenii lumii să atingă un nivel de sănătate care să le permită să aibă o viață productivă din punct de vedere social și economic”;

- în 1978: Declarația de la Alma-Ata – întâlnire internațională organizată de OMS și UNICEF, a exprimat necesitatea unei acțiuni urgente din partea tuturor guvernelor, a lucrătorilor din domeniul sanitar și al comunității mondiale pentru promovarea sănătății tuturor popoarelor lumii;

- în 1984 - Biroul regional OMS pentru Europa a adoptat cele 38 de obiective ale strategiei „Sănătate pentru toți”, progresele obținute fiind comunicate la fiecare trei ani.

Organismele supranaționale, așa cum este Uniunea Europeană, au formulat politici pornind de la sănătatea mediului înconjurător și industrial, până la educația medicală și cea legată de produsele farmaceutice [1, 6].

După 1995, în Europa, accentul, în cadrul ocrotirii sănătății se pune pe rezultate, funcții, domenii în care realizările sunt critice.

Secolul XXI - biroul regional OMS pentru Europa a elaborat și lansat o nouă strategie care vizează punerea în practică a filozofiei sănătatea pentru toți, denumită „sănătatea - sănătatea pentru toți în secolul XXI”.

Unul din amendamentele esențiale ale noii politici de sănătate a OMS pentru Europa este asistența medicală centrată pe persoană (pacient).

În acest sens o relevanță majoră obține starea de sănătate a muncitorilor, din mai multe motive.

În primul rând, dezvoltarea durabilă și obiectivele noului mileniu nu pot fi atinse fără participarea întregii populații, iar participarea depinde în primul rând de sănătatea și politicile/programele de sănătate ale

acestei populații, inclusiv politicile pentru promovarea sănătății și securității în muncă [5].

În al doilea rând, populația angajată este principala contribuabilă la prosperitatea statului și, depinde de felul în care ea este educată și îngrijită ca să devină sănătoasă, productivă și creativă într-o lume tot mai complexă și mai competitivă. Sănătatea populației lucrătoare se obține prin investigații ample, laborioase, deseori de lungă durată [3, 5, 6].

Criza globală prin care trece în prezent sănătatea, atât națională cât și mondială, se manifestă pe fondul unei lumi dominate încă de inegalități și care este măcinată de o instabilitate economico-socială și politică [5, 7].

Povara bolilor cronice, patologia și etiologia lor foarte diversă este din ce în ce mai mare. Personalul sanitar este insuficient și nu mai poate face față solicitărilor de diferite grade. Se impune promovarea politicilor de sănătate, care ar trebui să devină un obiectiv central care necesită o strânsă cooperare intersectorială, bazată pe principiile profilaxiei, inclusiv în materie de sănătate ocupațională [4, 6].

Cele menționate anterior au servit drept reper pentru inițierea actualului studiu care și-a propus drept scop analiza datelor statistice cu privire la cauzele și riscurile îmbolnăvirii salariaților din municipiul Chișinău, în comparație cu tendințele medii republicane.

Material și metode. Studiul reprezintă evaluarea stării de sănătate a salariaților în relație cu factorii de mediu ocupațional și se încadrează în studiile generale în vederea asigurării bunei stări fizice, mintale și sociale a angajaților din diverse sectoare de activitate.

Au fost utilizate datele cu privire la monitorizarea calității mediului ocupațional și stării de sănătate obținute în cadrul supravegherii de stat a sănătății publice, existente la nivelul secției Sănătatea ocupațională.

Pentru prelucrarea datelor au fost utilizate metodele epidemiologice transversale retrospective tradiționale.

Rezultate și discuții. Starea de sănătate a populației în relație cu factorii de mediu cel mai elocvent poate fi estimată la populația muncitorească, deoarece mediul industrial se numără printre cele mai dinamice structuri economico-sociale, cu multiple transformări

a specificului muncii, parametrilor solicitării profesionale și a calității noxelor. Dificultățile de adaptare individuală sunt, de aceea, sensibil crescute față de alte domenii de activitate, riscul de eșec – uneori doar temporar – fiind proporțional crescut (Russu R., 2003).

În acest sens, incapacitatea temporară de muncă (ITM) reprezintă - ecoul posibil al coliziunii individului cu mediul stresant, ecou reverberat și modulat de structura personalității, susținut de potențialul acceptațional și răspândit în spațiul relațiilor de producere existente [1, 3, 5].

Indicii de morbiditate prin ITM sunt indici cantitativi de estimare a influenței patogene sau sanogene a factorilor mediului ocupațional asupra celor expuși. În același timp, conform datelor literaturii de speciali-

tate, nivelul incidenței ITM este un indicator adecvat de obținere a dovezilor indirecte despre nivelul real al morbidității profesionale, cu precădere în condițiile de subdiagnosticare a celor din urmă [2].

În perioada de referință, se constată o dinamică constantă de diminuare a nivelului incidenței morbidității prin ITM, atât la nivel național cât și la nivel municipal (figura 1, 2, 3). Pe parcursul tuturor anilor, variabilele înregistrate în municipiul Chișinău se înscriu în contextul celor înregistrate la nivel național, însă la cote mai mari. Astfel, nivelul mediu al principalilor indicatori de evaluare constituie $74,4 \pm 2,82$ cazuri și $1033,0 \pm 45,15$ zile per 100 muncitori în municipiul Chișinău versus $56,4 \pm 1,37$ cazuri și $855,6 \pm 23,75$ zile la 100 muncitori în Republica Moldova.

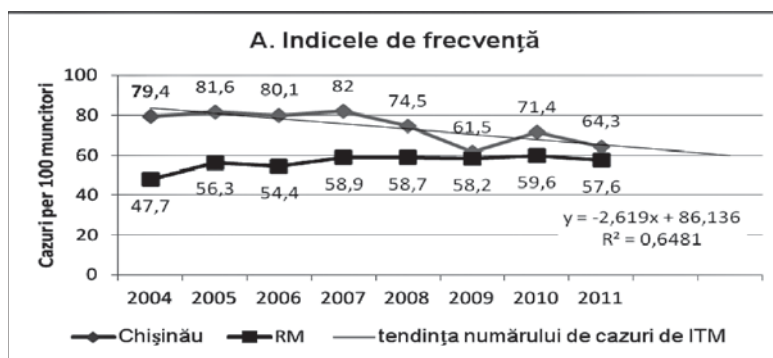


Figura 1. Evoluția morbidității cu incapacitate temporară de muncă, evaluată după indicele de frecvență

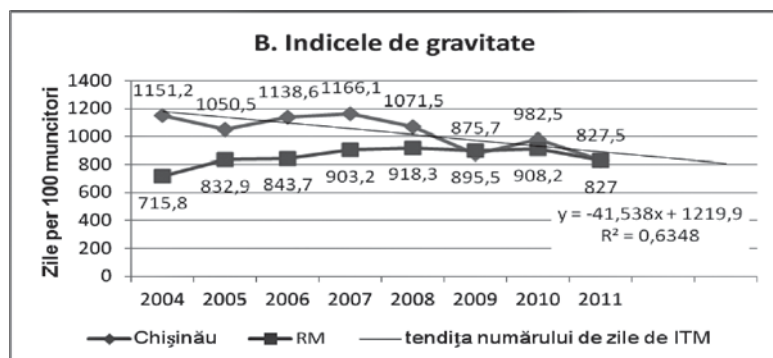


Figura 2. Evoluția morbidității cu incapacitate temporară de muncă, evaluată după indicele de gravitate

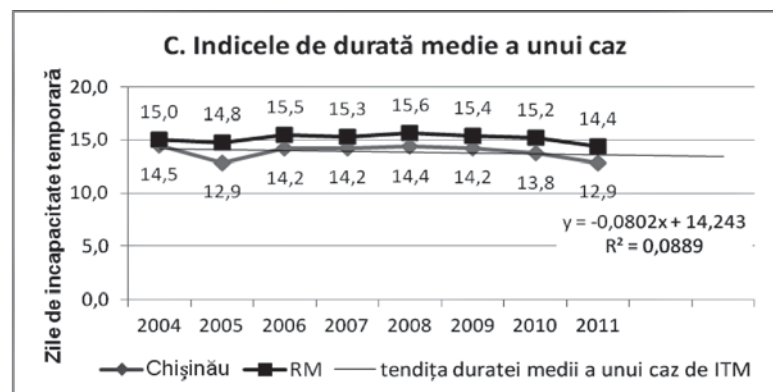


Figura 3. Evoluția morbidității cu incapacitate temporară de muncă, evaluată după indicele de durată medie a unui caz

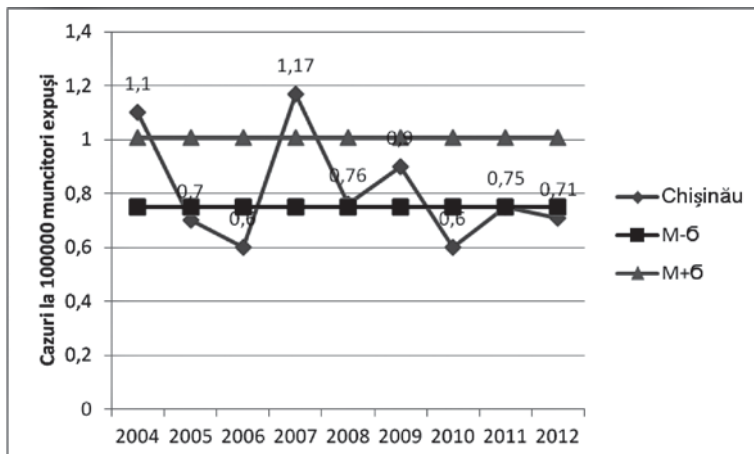


Figura 4. Evoluția incidenței morbidității profesionale

De menționat, faptul că durata medie a unui caz de ITM în municipiul Chișinău este mai mică versus nivelului RM, fiind de $13,9 \pm 0,23$ versus $15,2 \pm 0,15$ zile.

Pronosticarea evoluției ulterioare a morbidității prin ITM poate fi efectuată cu aplicarea următoarelor ecuații:

$$Y_{\text{cazuri de ITM}} = -2,619x + 86,13$$

$$R^2 = 0,648$$

$$Y_{\text{zile de ITM}} = -41,53x + 1219,$$

$$R^2 = 0,634$$

$$Y_{\text{durata medie a unui caz de ITM}} = -0,080x + 14,24$$

$$R^2 = 0,088$$

unde: Y- nivelul empiric al indicatorului pronosticat, x – numărul de ani pentru care se face pronosticarea.

În cele mai nefavorabile cazuri expunerea profesională la noxe se soldează cu producerea bolilor și intoxicațiilor profesionale.

Dinamica multianuală a variabilei incidenței bolilor profesionale se caracterizează prin două vârfuri cu maximă incidență: în anul 2004 (1,1 cazuri la 100000 muncitori expuși) și anul 2007 (1,17 cazuri la 100000 muncitori expuși) prin valori apropiate în ceilalți ani (fig. 4). De menționat amplitudinea largă a variabilei respective, care nu se încadrează în limita $M \pm \sigma$, fapt care indică existența unor factori necunoscuți, ce influențează înregistrarea bolilor profesionale, și necesită un studiu amplu, în cele mai mici detalii.

Tabelul 1

Rezultatele examenelor medicale periodice a muncitorilor expuși profesional la noxe

Itimi	Unitatea de măsură	2007	2008	2009	2010	2011	2012	M	±m
Muncitori expuși noxelor	persoane	16721	19060	18727	17768	18913	17855	18174,0	365,82
Muncitori examinați profilactic periodic	persoane	15477	18849	16801	17409	18485	17683	17450,7	496,60
Cuprinderea cu examinări profilactice	%	92,6	98,9	89,7	98	97,7	99	96,0	1,59
Muncitori admiși la lucru	persoane	*	*	*	17155	17993	17455	17534,3	173,34
Muncitori depistați cu boli somatice	persoane	*	2576	2709	1246	966	1764	1852,2	317,45
	%	*	13,7	16,1	7,2	5,2	10,0	10,4	1,84
Muncitori transferați temporar la alt loc de muncă	persoane	*	312	299	254	490	248	320,6	40,28
	%	*	1,7	1,8	1,5	2,7	1,4	1,8	0,21
Muncitori transferați permanent la alt loc de muncă	persoane	*	*	*	*	*	61	61,0	
	%	*	*	*	*	*	0,3	0,3	
Muncitori suspecți la boală profesională	persoane	7	0	5	0	4	4	3,3	1,15
	cazuri per 100000 persoane expuse	1,17	0,00	0,94	0,00	0,76	0,71	0,6	0,20
Muncitori cu boală profesională confirmată	persoane	1	4	1	2	3	3	2,3	0,49
	cazuri per 100000 persoane expuse	0,17	0,76	0,19	0,36	0,57	0,54	0,4	0,10

Nivelul mediu al morbidităţii în perioada de referinţă este de $0,8 \pm 0,07$ cazuri la 100000 muncitori, fiind net superior nivelului mediu înregistrat la nivel naţional ($0,4 \pm 0,24$ cazuri la 100000 muncitori).

Variabila incidenţei bolilor profesionale înregistrate în municipiul Chişinău matematic poate fi exprimată prin următorul binom de gradul trei:

$$y = -0,004x^4 + 0,094x^3 - 0,564x^2 + 0,851x + 1,165.$$

Tendinţa generală a morbidităţii este de diminuare, însă rata medie anuală are cote infime, de $-0,003\%$ anual. În acelaşi timp şi valoarea coeficientului de aproximare $R^2 = 0,508$, argument ce ne vorbeşte mai degrabă despre stagnarea fenomenului studiat decât despre diminuare.

Estimarea structurii morbidităţii profesionale în funcţie de factorul etiologic pune în evidenţă faptul că factorul biologic se plasează pe primul loc (60% cazuri), urmate apoi de toxice ($16,6\%$ cazuri), vibraţie ($15,0\%$ cazuri) şi pulberi ($4,2\%$). Această structură diferă autentic de cea înregistrată la nivel naţional, cu precădere în ceea ce priveşte zgomotul industrial şi factorul microbiologic.

Structura morbidităţii profesionale, în funcţie de entitatea nozologică, este dominată de hepatita virală B şi C (59% cazuri), intoxicaţii ($16,6\%$ cazuri), boala de vibraţie ($15,0\%$), alergoze ($4,2\%$ cazuri) şi astmul bronşic ($2,4\%$ cazuri).

Anual sunt selectaţi pentru a fi examinaţi $18174,0 \pm 365,82$ muncitori expuşi acţiunii factorilor profesionali nocivi, dintre care $96,0 \pm 1,59\%$ sunt examinaţi. Evaluarea calităţii examenelor medicale periodice este prezentată în tabelul ce urmează (tab.1).

De menţionat nivelul scăzut al persoanelor diagnosticate pentru prima dată cu boli somatice şi suspectate cu boală profesională, fapt care vorbeşte despre calitatea lor.

Evaluarea complexă a morbidităţii prin ITM, boli profesionale şi rezultatele examenelor medicale periodice atestă o incertitudine în ceea ce priveşte diferenţele înregistrate.

Concluzii:

1. Nivelul morbidităţii prin ITM, înregistrată la muncitorii din municipiul Chişinău este net superior nivelului mediu republicat, atât după numărul de cazuri cât şi după numărul de zile de incapacitate.

2. Bolile profesionale înregistrate la nivelul municipiului Chişinău repetă variabila RM, constatându-se diferenţe semnificative ale structurii ei.

3. Calitatea examenelor medicale periodice a muncitorilor expuşi noxelor profesionale se apreciază ca fiind insuficientă.

4. Situaţia generală, în ceea ce priveşte sănătatea muncitorilor din Chişinău, conform rezultatelor actualului studiu, poate fi apreciată ca fiind acceptabilă.

5. Discrepanţa mare dintre nivelul morbidităţii profesionale şi celei legate de profesie, înregistrate în municipiul Chişinău (inclusiv în RM) ţările din Uniunea Europeană şi SUA, practic în condiţii similare de expunere, atestă nivelul relativ a concluziilor.

Bibliografie

1. Bernard J. Turnock. *Public Health: What It Is and How It Works*. Jones & Bartlett Learning, 2004. 420 p.
2. Russu Raisa. *Estimarea igienică a calităţii mediului ocupaţional şi stării de sănătate a muncitorilor din industria de producere a ţigaretelor*. Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chişinău, 2003. 24 p.
3. Schneider Mary Jane. *Introduction to Public Health*. Jones & Bartlett Learning, 2006, 573 p.
4. Silion Ion. *Medicina Muncii*. Iaşi. 2000. 820 p.
5. Theodore H. Tulchinsky, Elena A. Varavikova. *The New Public Health*. Academic Press, 2009. 672 p.
6. William C. Byham Zapp! *empowerment in health care: how to improve patient care, increase employee job satisfaction, and lower health care costs*. Fawcett Columbine, 1993, 309 p.