

Міністерство охорони здоров'я України
Одеський національний медичний університет
Кафедра професійної патології та функціональної діагностики

Проведення розслідування нещасного випадку гострого професійного захворювання працівників медичних закладів на гостру коронавірусну хворобу COVID-19

(методичні рекомендації)

Одеса – 2022

Укладачі:

ЗДНТ України, д.мед.н., професор Ігнат'єв О.М.

д.мед.н., професор Турчин М. І.

д.мед.н., професор Єрмоленко Т. О.

к.мед.н., доцент Панюта О.І.

асс., доктор філософії Прут'ян Т. Л.

асс., к.мед.н. Волковинська Т.В.

асс. Добровольська О.О.

Навчальні рекомендації обговорені і схвалені на засіданні Вченої ради медичного факультету №1 Одеського національного медичного університету.

Протокол № 5 від «10» лютого 2022 року.

Голова Вченої ради, д.мед.н., професор _____ Котюжинська С.Г.

Рецензент: д.мед.н., професор, завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету Харченко Юрій Петрович.

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	4
Вступ	5
1 ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ РОЗСЛІДУВАННЯ ГОСТРИХ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	6
2 КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ГОСТРОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19.....	10
2.1 Епідеміологія коронавірусної інфекції	10
2.2 Встановлення діагнозу коронавірусної хвороби	11
2.3 Епідеміологічне розслідування випадків коронавірусної інфекції.....	12
3 КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА COVID-19 У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	13
4 ВЛАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	16
ВИСНОВКИ.....	22
Перелік посилань.....	23

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

COVID-19	скорочена назва хвороби, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2
SARS-CoV-2	однотанцюговий РНК-вмісний штам коронавірусу виду SARS-CoV роду бетакоронавірусів, що спричиняє хворобу COVID-19
SpO ₂	насичення киснем
АТ	артеріальний тиск
ГРІ	гостра респіраторна інфекція
ГРВІ	гостра респіраторна вірусна інфекція
ЗІЗ	засоби індивідуального захисту
ІФА	імуноферментний аналіз
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
сАТ	систолічний артеріальний тиск
СерАТ	середній артеріальний тиск
ТГРС	тяжкий гострий респіраторний синдром
ЧСС	частота серцевих скорочень
ШВЛ	штучна вентиляція легень

Вступ

Працівники медичних закладів на протязі робочого часу контактують з пацієнтами, частина з яких має ознаки інфекційного захворювання. Недосконалість діючих протиепідемічних стандартів сприяє захворюваності медичних працівників на інфекції, особливо у період їх поширеності під час епідемій. Ця позиція у звісний мірі стосується спалахів і туберкульозу і гепатитів і «звичайного» ГРВЗ – грипу, парагрипів та ін.

Особливої актуальності проблема захворюваності медичних працівників набула під час пандемії коронавірусу, спричиненої розповсюдженням COVID-19. Походячи з офіційної статистики МОЗ України серед медичних працівників діагностовано понад 7% всіх підтверджених випадків коронавірусної інфекції, що робить їх найбільшою когортою хворих. Враховуючи соціальні і політичні наслідки пандемії COVID-19, Постановою КМУ від 13.05.2020 року за №394 захворювання медичних працівників на корона вірусну інфекцію було віднесено до Переліку професійних захворювань.

Це призвело до низки суперечливих питань і складнощів, яки виникають під час проведення розслідування нещасних випадків та експертизи зв'язку між захворюванням на COVID-19 і умовами праці. В наслідок чого виникають передумови конфліктів на всіх етапах розслідування – від визначення груп працівників, у яких може розвинути професійне захворювання на COVID-19, до визначення винних у нещасному випадку на виробництві.

В методичних рекомендаціях викладені сучасні аспекти епідеміології, діагностики, профілактики, експертизи працездатності і професійної придатності у медичних працівників, хворих на COVID-19. Наведені особливості підходу і встановлення експертного висновку щодо зв'язку між захворюванням і умовами праці у медичних працівників. В основу методичних рекомендацій покладені результати НДР: «Використання цитологічних і молекулярно-генетичних методів дослідження опорно-рухового апарату у при професійному відборі працівників транспорту та море-господарського комплексу» (№ держреєстрації 0121U109467, термін виконання січень 2021 – грудень 2025р.).

Методичні рекомендації призначені для студентів медичних факультетів, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів: терапевтів, профпатологів, лікарів загальної практики сімейної медицини.

Методичні рекомендації на цю тему в Україні видаються вперше.

1 ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ РОЗСЛІДУВАННЯ ГОСТРИХ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Пунктами 1 і 4 розділу 5 Постанови Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 за №1662 «Про затвердження Переліку професійних захворювань» (у редакції від 13.05.2020) (далі Перелік) встановлюються наступні форми гострих професійних захворювань інфекційного генезу, які можуть виникнути у працівників окремих медичних закладів – туберкульоз, вірусні гепатити, СНІД, сифіліс, гостра коронавірусна хвороба COVID-19 [1].

На виконання пп.4,5,7 Інструкції про застосування Переліку професійних захворювань, затвердженої наказом МОЗ України/Академії медичних наук України/Міністерством труда і соціальної політики України від 29.12.2000 за №374/68/338 випадки гострого професійного інфекційного захворювання розглядаються лікарем-інфекціоністом і лікарем-профпатологом на підставі епідрозслідування, проведеного фахівцями територіальної СЕС [2].

З іншого боку, на виконання процедури проведення розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві, яку визначено Порядком розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 17 квітня 2019 року № 337 (далі Порядок розслідування), гостре професійне захворювання інфекційного генезу має трактуватись як нещасний випадок на виробництві [3].

З офіційного тлумачення Державної служби України з питань праці слідує, що:

«Нещасний випадок — обмежена в часі подія або раптовий вплив на працівника небезпечного виробничого фактора чи середовища, що сталися у процесі виконання ним трудових обов'язків або в дорозі (на транспортному засобі підприємства чи за дорученням роботодавця), внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю, зокрема від одержання поранення, травми, у тому числі внаслідок тілесних ушкоджень, гострого професійного захворювання (отруєння) та інших отруєнь, одержання сонячного або теплового удару, опіку, обмороження, а також у разі утоплення, ураження електричним струмом, блискавкою та іонізуючим випромінюванням, одержання інших ушкоджень внаслідок аварії, пожежі, стихійного лиха (землетрусу, зсуву, повені, урагану тощо), контакту з представниками тваринного та рослинного світу, які призвели до втрати працівником працездатності на один робочий день чи більше або до необхідності переведення його на іншу (легшу) роботу не менш як на один робочий день, зникнення тощо.

Гостре професійне захворювання (отруєння) — захворювання (або смерть), що виникло після однократного (протягом не більш як однієї робочої зміни) впливу на працівника шкідливих факторів фізичного, біологічного та хімічного характеру (у тому числі інфекційні, паразитарні, алергійні захворювання).» [4]

На вимогу Фонду соціального страхування від нещасних випадків і професійних захворювань України (далі Фонд), розслідування гострого

професійного захворювання інфекційної етіології має відповідати наступним статтям Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»:

Стаття 35. Облік та реєстрація інфекційних хвороб

Облік інфекційних хвороб базується на системі обов'язкової реєстрації кожного їх випадку незалежно від місця і обставин виявлення та оперативного (екстреного) повідомлення про нього закладів охорони здоров'я визначених, центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я для здійснення протиепідемічних заходів.

Заклади та установи охорони здоров'я незалежно від форм власності, суб'єкти підприємницької діяльності, що займаються медичною практикою, ведуть реєстрацію та облік інфекційних хвороб і подають відповідні статистичні звіти. Перелік інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації, порядок ведення їх обліку та звітності встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

У рішенні про встановлення карантину можуть визначатися особливий порядок обліку, реєстрації та обміну інформацією про випадки захворювання на період карантину. Особи, винні в неправомірному розголошенні такої інформації, притягаються до відповідальності в порядку, встановленому законом.

Стаття 36. Порядок епідеміологічного обстеження (розслідування) епідемій та спалахів інфекційних хвороб

Усі епідемії та спалахи інфекційних хвороб підлягають епідеміологічному обстеженню (розслідуванню) з метою встановлення причин їх виникнення, факторів передачі інфекції, визначення меж осередків інфекційних хвороб та масштабів поширення епідемії чи спалаху інфекційної хвороби, вжиття заходів щодо їх локалізації та ліквідації, а також виявлення осіб, винних у виникненні епідемії чи спалаху інфекційної хвороби.

Порядок проведення епідеміологічного обстеження (розслідування) епідемій та спалахів інфекційних хвороб встановлюється центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Стаття 37. Робота в осередках інфекційних хвороб

Обов'язковому епідеміологічному обстеженню підлягає кожен випадок (осередок) особливо небезпечних і небезпечних інфекційних хвороб незалежно від місця виникнення. У дитячих закладах обов'язковому епідеміологічному обстеженню підлягає кожен випадок будь-якої інфекційної хвороби.

Межі осередків інфекційних хвороб визначаються фахівцями державної санітарно-епідеміологічної служби на підставі результатів їх епідеміологічного обстеження.

Роботи в осередках особливо небезпечних і небезпечних інфекційних хвороб (епідеміологічне обстеження, лікувальні, профілактичні та протиепідемічні заходи, у тому числі дезінфекційні) належать до робіт з особливо шкідливими та шкідливими умовами праці. Перелік посад медичних та інших працівників, які безпосередньо зайняті на роботах із шкідливими та особливо шкідливими умовами праці в осередках інфекційних хвороб, визначається Кабінетом Міністрів України. На цих працівників поширюються встановлені законодавством умови оплати праці, заходи соціального захисту, пільги та компенсації.

Власники (керівники) закладів та установ охорони здоров'я згідно із законодавством забезпечують працівників, які виконують роботи в осередках особливо небезпечних і небезпечних інфекційних хвороб, спеціальним одягом, взуттям і захисними засобами з урахуванням особливостей інфекційної хвороби, факторів передачі інфекції та виконуваної роботи.

Місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації незалежно від форм власності зобов'язані всебічно сприяти проведенню робіт в осередках інфекційних хвороб, оперативно надавати працівникам, які їх виконують, достовірну інформацію щодо епідемічної ситуації, а в необхідних випадках забезпечувати їх транспортом, засобами зв'язку, приміщеннями для роботи та відпочинку, продуктами харчування, спеціальним одягом, взуттям, захисними засобами та засобами для санітарної обробки тощо.

Розділ VIII Права, обов'язки, соціальний захист медичних та інших працівників, зайнятих у сфері захисту населення від інфекційних хвороб. Відповідальність за порушення законодавства про захист населення від інфекційних хвороб

Стаття 38. Обов'язки посадових осіб закладів охорони здоров'я і медичних працівників у разі виявлення хворого на інфекційну хворобу

Посадові особи закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та медичні працівники у разі виявлення хворого на інфекційну хворобу зобов'язані вжити заходів для його тимчасової ізоляції, надати невідкладну медичну допомогу, за необхідності організувати проведення поточних дезінфекційних заходів, терміново повідомити відповідний орган державної санітарно-епідеміологічної служби та організувати госпіталізацію хворого до відповідного закладу охорони здоров'я.

Медичні працівники зобов'язані надавати хворим на інфекційні хвороби і бактеріоносцям та (або) їх законним представникам інформацію про небезпеку зараження оточуючих і про вимоги санітарно-протиепідемічних правил і норм, яких слід дотримуватися з метою недопущення поширення захворювання. Хворі на особливо небезпечні та небезпечні інфекційні хвороби та бактеріоносці збудників цих хвороб, крім того, повинні бути попереджені про відповідальність за недотримання санітарно-протиепідемічних правил і норм та зараження інших осіб, про що в медичні документи цих хворих і бактеріоносців вноситься відповідний запис, який підписують лікуючий лікар, хворий чи бактеріоносць та (або) його законний представник. [5]

Таким чином, гостре професійне захворювання інфекційної етіології потребує розслідування, яке базується на епідобстеженні вогнища інфекційного процесу з наступним вирішенням питання щодо зв'язку між захворюванням і умовами праці з урахуванням існуючих особливостей впровадження зазначених законодавчих норм. Що може означати окремі обмеження на встановлення діагнозу професійного захворювання. Наприклад, при визначенні професійного захворювання працівників медичних закладів на туберкульоз у Миколаївській області у 2017 році Фондом було підтверджено лише 6 випадків професійного захворювання, а саме:

«В 2017 році випадки професійних захворювань з діагнозом «туберкульоз» встановлено медичним працівникам наступних установ:

- в Миколаївському обласному протитуберкульозному диспансері – 4 випадки (2 лікаря та 2 палатні молодші медичні сестри);
- в Снігурівській виправній колонії № 5 – 1 випадок (лікар-фтизіатр);
- в Казанківській центральній районній лікарні – 1 випадок (молодша медична сестра фтизіатричного кабінету).

Туберкульоз не є тільки медичною проблемою. Професійні фактори в галузі мають в основному біологічну природу. Тому організаційні та профілактичні заходи повинні направлятися, в першу чергу, на контроль за станом умов праці і здоров'ям медперсоналу, що має контакт з туберкульозною інфекцією. Це - проблема соціальна, яка віддзеркалює соціально-економічний стан країни.

Збудником інфекційного захворювання туберкульозу є мікобактерія туберкульозу (паличка Коха). Паличка Коха передається від хворої на відкриту форму туберкульозу людини до здорової повітряно-крапельним шляхом. Зараження відбувається повітряно-пиловим (через вдихання зараженого пилу), повітряно-крапельним шляхом (через вдихання зараженим повітрям). Також може відбутись за допомогою різноманітних об'єктів – біологічний матеріал від хворого, предмети побуту, природні фактори, медичні засоби.

Комісіями з розслідування причин виникнення випадків професійних захворювань при санітарно-епідеміологічному обстеженні лікувально-профілактичних закладів області встановлено, що основними причинами захворювань є:

- порушення працівниками правил інфекційного контролю, нехтування вимогами застосування засобів індивідуального захисту, респіраторів;
- відсутність бактерицидних ламп в окремих палатах для хворих, які виділяють мікобактерії туберкульозу;
- невідповідна потужність встановлених бактерицидних ламп для площі приміщень, що не забезпечує ефективного знезараження повітря.

Профілактика туберкульозу ґрунтується, насамперед, на ранньому виявленні інфікованих туберкульозною паличкою та їх лікуванні. Тому, безперечно, важливими профілактичними заходами є:

- забезпечення оптимальних умов праці;
- обов'язкові своєчасні медичні огляди (флюорографічні та рентгенологічні обстеження);
- планові щеплення проти туберкульозу.

Проведення профілактичних заходів, в тому числі організаційного інформаційно-роз'яснювального характеру, сприяє в подальшому зменшенню випадків професійних захворювань. »[6]

Як можливо побачити з наведеного прикладу, при проведенні розслідування на виконання додатку 10 Порядку розслідування визначаються обставини настання страхового випадку. У зазначених випадках це були невиконання санітарно-гігієнічних вимог, порушення правил інфекційного контролю і т.с., тобто попередньо вважається, що у відповідному спеціалізованому закладі за відсутністю порушення гігієнічних нормативів професійне захворювання практично неможливе. Незважаючи на законодавчо закріплені формалізм такого ставлення воно призводить до відомих обмежень для встановлення професійних захворювань по п.1 розділу 5 Переліку,

наприклад, неможливості встановлення професійного захворювання на туберкульоз у керівника протитуберкульозного закладу.

Епідемія коронавірусної хвороби у значній мірі призвела до перегляду багатьох з зазначених підходів для встановлення професійного характеру захворювання у медичних працівників, що було зумовлено як загально медичними (в першу чергу, епідеміологічними), так і політичними обставинами.

2 КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ГОСТРОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19

2.1 Епідеміологія коронавірусної інфекції

Походження збудника коронавірусної хвороби COVID-19, вірусу SARS-CoV-2, залишається невідомим. Головною версією є тваринне походження збудника. На сучасному етапі SARS-CoV-2 розповсюджується як типовий антропоноз з повітряно-краплинним механізмом передачі збудника від людини до людини через великодисперсні (понад 5 мкм) виділення з верхніх дихальних шляхів на відстані 1-2 метри. Обставинами, які сприяють поширенню інфекції можливо вважати значну кількість хворих з мало- або бессимптомними формами інфекції, тривале виділення вірусу, високу схильність до «дрейфу» генів.

Кількість людей, які заражаються від однієї хворої людини у середньому дорівнює 2, що є типовим для ОРБІ, які клінічно проявляються у виді нежиті (грип, парагрип, аденовірусна інфекція та ін.). Не менше ніж половина хворих страждає на малосимптомну форму захворювання, не звертається за медичною допомогою і не реєструється. Що сприяє значному поширенню захворювання.

Хвора людина виділяє SARS-CoV-2 у середньому на протязі 2-3 тижнів з початку захворювання. Не зважаючи на те, що високі титри вірусу визначаються на протязі першого тижня від початку клініки, виділення може продовжуватись на протязі 2х місяців.

Високий рівень дрейфу генів SARS-CoV-2 призводить до виникнення нових мутаційних ліній/штамів, що здатні визвати захворювання у пацієнтів, які вже переболіли або були попередньо імунізовані. З 1 червня 2021 року ВООЗ використовує грецькі літери для назв штамів, що визивають хвилі пандемії (Альфа, Бета...Омікрон).

Летальність від коронавірусної хвороби COVID-19 становить у середньому 0.5-1%, значно збільшуючись у літніх осіб та хронічних хворих. Чинниками, які впливають на розвиток важких форм гострої коронавірусної хвороби та збільшують летальність, є особи з тяжкими фоновими захворюваннями – цукровий діабет, артеріальна гіпертензія; пацієнти з пригніченням імунітету (вживання імуносупресорів, СНІД, лейкози та ін.); проживання у містах з забрудненням повітря промисловими аерозолями і пилом; чоловіча стать; азійська етногрупа; похилий вік.

Поява нових штамів і специфіка розповсюдження сприяють виникненню 2-3 хвиль пандемії щорічно. З іншого боку, карантинні заходи, які проводяться з урахуванням особливостей COVID-19 (значна кількість малосимптомних форм,

довге виділення вірусу), призвели до різкого зниження захворюваності на інші вірусні інфекції з аналогічним механізмом передачі, такі як грип.

2.2 Встановлення діагнозу коронавірусної хвороби

Походячи з вірусної природи захворювання і здебільшого типової клінічної картини ГРВІ у хворих на коронавірусну інфекцію визначення випадку COVID-19 в залежності від технічної можливості може мати такі форми:

Підозрілий випадок. Пацієнт з тяжкою гострою респіраторною інфекцією (гарячкою, кашлем), стан якого потребує госпіталізації, і без будь-якого іншого етіологічного чинника, який би міг повністю пояснити клінічні прояви, та які за 14 днів до появи симптомів відповідали принаймні одному з наступних критеріїв - мав тісний контакт з підтвердженим або ймовірним випадком COVID-19 або перебував у районі з відомою суспільною передачею COVID-19.

Епідеміологічно пов'язаний випадок. Підозрілий випадок, коли ще не проведено адекватного лабораторного обстеження, але хворий мав контакт з іншим лабораторно підтвердженим випадком COVID-19 за 14 днів до появи симптомів у себе.

Ймовірний випадок. Пацієнт з підозрою на COVID-19, результат лабораторного дослідження якого на SARS-CoV-2 є сумнівним, або отримав позитивний результат на загальний для всіх бета-коронавірусів антиген (панкоронавірусний антиген), а також відсутні лабораторні підтвердження наявності інших (некоронавірусних) респіраторних патогенів.

Підтверджений випадок. Людина з лабораторно підтвердженою COVID-19, незалежно від наявності або прояву клінічних ознак і симптомів.

Враховуючи низку питань і сумнівність лише клінічних діагнозів, діагностика COVID-19 потребує на законодавчу регуляцію, яка здійснюється наказами МОЗ України від 28.03.20 за №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» та від 16.06.2020 за №1411 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба»» [7,8]

На виконання наказів основне значення для етіологічної лабораторної діагностики COVID-19 має виявлення РНК SARS-CoV-2 з використанням методу ПЛР.

Лабораторне обстеження на РНК SARS-CoV-2 проводиться особам:

- з підозрою на COVID-19;
- з ознаками інших ГРВІ;
- з ознаками пневмонії.

Попереднє скринінг обстеження на визначення антигену SARS-CoV-2 з використанням швидких тестів на визначення антигену SARS-CoV-2 та/або тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 методом ІФА проводять таким особам:

- з підозрою на COVID-19;
- з ознаками інших ГРВІ;
- з ознаками пневмонії;
- що були в тісному контакті з особою з підтвердженим випадком на COVID-19;

Позитивний результат швидкого тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 та/або тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 методом ІФА повинен бути підтверджений за допомогою ПЛР. Винятком є позитивний результат швидкого тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 та/або тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 методом ІФА у пацієнтів, які відповідають визначенню підозрілого або ймовірного випадків захворювання на COVID-19.

У разі отримання негативного результату швидкого тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 та/або тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 методом ІФА особа підлягає дослідженню методом ПЛР у випадку наявності симптомів підозрілого або ймовірного випадків на COVID-19.

В обов'язковому порядку лабораторне обстеження на COVID-19 з використанням методу ПЛР проводиться таким особам:

- пацієнтам, які відповідають визначенню підозрілого, ймовірного випадку захворювання на COVID-19, з ознаками ГРБІ, вірусної пневмонії, яким не проводився скринінг тест на визначення антигену SARS-CoV-2 та/або тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 методом ІФА;
- пацієнтам з позагоспітальною пневмонією;
- контактним особам при появі симптомів, які не виключають COVID-19.

Відбір зразків матеріалів для дослідження методом ПЛР та транспортування з відповідним направленням до центрів контролю профілактики хвороб МОЗ України за адміністративно-територіальною належністю і інших лабораторій, які проводять тестування на SARS-CoV-2.

Виявлення антитіл до SARS-CoV-2 має допоміжне значення для діагностики COVID-19 та основне значення для оцінки імунної відповіді на існуючу чи перенесену інфекційну хворобу.

Тестування на антитіла до вірусу SARS-CoV-2 рекомендується використовувати в таких випадках:

- додатковий метод діагностики гострої інфекційної хвороби (з урахуванням серонегативного періоду) при наявності клінічних симптомів та при наявності негативного результату дослідження методом ПЛР, метод може бути використаний лише у невакцинованих осіб;
- встановлення факту перенесеної раніше хвороби при проведенні масового дослідження населення для оцінки рівня популяційного імунітету;
- при плановій госпіталізації пацієнтів без ознак ТГРС та/або інших ГРБІ (для цієї мети можуть використовуватись і швидкі тести на визначення антигену SARS-CoV-2 та/або тесту на визначення антигену SARS-CoV-2 методом ІФА).

Виконання вищезазначених стандартів діагностики є принциповим для встановлення зв'язку між захворюванням на коронавірусну хворобу і умовами праці. Помилки лабораторної діагностики не лише впливають на надання своєчасної і відповідної медичної допомоги але і перешкоджають встановленню професійного характеру захворювання.

2.3 Епідеміологічне розслідування випадків коронавірусної інфекції

При проведенні розслідування нещасного випадку на виробництві основним нормативно-правовим актом є вищезазначений Порядок №337. Поруч з цим, для розслідування необхідно додати діагноз лікаря-

інфекціоніста, висновок лікаря-профпатолога та форма № 357/о «Карта епідеміологічного обстеження вогнища інфекційного захворювання».

При направленні матеріалів до лікаря-інфекціоніста або профпатолога для складання Карти епідеміологічного обстеження вогнища інфекційного захворювання на роботодавця Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку ведення обліку, звітності та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації» від 30.07.2020 за № 1726 покладено обов'язок:

- опитування пацієнта (детальний збір епідеміологічного анамнезу);
- встановлення переліку осіб, що контактували з пацієнтом та надання цього переліку закладам громадського здоров'я на регіональному рівні;
- направлення пацієнта на лабораторне обстеження та госпіталізацію (за потреби);
- встановлення можливих причин виникнення інфекційної хвороби та факторів передачі інфекції;
- участь у здійсненні протиепідемічних та профілактичних заходів щодо обмеження подальшого поширення інфекційної хвороби за пропозиціями, наданими лікарями-епідеміологами закладів громадського здоров'я;
- внесення даних до електронних реєстрів в частині здійснення епідеміологічного нагляду;
- надання інформації щодо зареєстрованих випадків інфекційних захворювань до закладів громадського здоров'я на території відповідних адміністративно-територіальних одиниць у рамках проведення епідеміологічного нагляду.

Невідповідне, недбале, помилкове заповнення карти призводить до відмови у встановленні професійного характеру захворювання у легких випадках, але може приводити і до відповідальності при розслідуванні випадків інвалідизації або смерті пацієнта.

3 КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА COVID-19 У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Державою гарантовані компенсаційні виплати медикам, їх родинам у разі встановлення стійкої втрати працездатності або смерті медика від COVID-19.

Походячи з роз'яснення Фонду для отримання цих виплат необхідно провести розслідування на наявність зв'язку між захворюванням медика та його професійною діяльністю. Основний нормативно-правовий акт який регулює всі моменти розслідування, – це вищезазначений Порядок розслідування.

Проте перш ніж розпочати процедуру розслідування гострого професійного захворювання медичного працівника, спричиненого коронавірусом SARS-CoV-2, на підставі Порядку №337 необхідно уважно підійти до таких нормативно-правових актів:

- Постанова КМУ «Про внесення змін до переліку професійних захворювань» від 13.05.2020 № 394.
- Постанова КМУ «Деякі питання оплати праці медичних та інших

працівників, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації гострої респіраторної хвороби COVID-19» від 23.03.2020 № 246 зі змінами

- Наказ МОЗ України «Про затвердження Переліку посад медичних та інших працівників, що безпосередньо зайняті у ліквідації епідемії та здійсненні заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19» від 29.09.2020 № 2215. [9]

В вищезазначеними нормативними актами є спроба деталізувати п.5 розділу 5 Переліку таким чином, щоби обмежити кількість працівників медичних закладів, яким може бути встановлено професійний характер захворювання на COVID-19.

Враховуючи особливості і неоднозначність наслідків встановлення коронавірусної хвороби, у разі захворювання медпрацівника на коронавірусну інфекцію існує необхідність ясного і чіткого виконання алгоритму встановлення зв'язку між захворюванням та умовами праці для подальшого правового і цивільного захисту прав працівника. Слід пам'ятати, що кожен випадок захворювання медика має не лише функціональні наслідки, такі як зменшення числа активних лікарів і збільшення пацієнтів, але і великий соціальний резонанс, звертає увагу медичної спільноти та ін.

АЛГОРИТМ ВСТАНОВЛЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ЗАХВОРЮВАННЯМ І УМОВАМИ ПРАЦІ

1. Головним нормативним актом, який визначає процедуру встановлення зв'язку між захворюванням і умовами праці є Постанова Кабінету Міністрів України від 17 квітня 2019 року за №337 «Про затвердження порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві».
2. На виконання Порядку захворювання медичного працівника на COVID на робочому місці є гострим професійним захворюванням, яке сталось в наслідок нещасного випадку (терміни в значеннях абзаців 2 і 5 п.3 Порядку).
3. Встановлення професійного характеру захворювання має дві складові:
 - підтвердження виконання функціональних обов'язків медичним працівником під час зараження COVID;
 - встановлення факту контакту з хворим на гостру форму коронавірусної інфекції на робочому місці.
4. Термін «нещасний випадок» означає потребу у оцінці всіх складових виробничого процесу з метою виявлення обставин, за яких цей випадок став можливим. Також, оцінюється дві складові виробничого процесу:
 - стан виробництва. В разі COVID – організаційна характеристика роботи – забезпечення вентиляції, відокремлення приміщень, виділення зон, застосування дез. рамок і т.с. заходи, що регламентуються наказом МОЗ України від 06.06.2020 за №1411 «Про внесення змін до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна інфекція (COVID-19)» (далі Наказ);
 - стан працівника перед нещасним випадком. Що включає трудовий маршрут, стан здоров'я за даними медичних оглядів, проведені інструктажи з охорони праці, як загальні первинні і повторні, так і цільові, пов'язані з поширенням COVID-19, перелік функціональних обов'язків, які зумовлюють можливість контакту з хворими на коронавірусну інфекцію, забезпеченість і використання

у роботі засобів індивідуального захисту у обсягах і межах, передбачених Наказом, іншу інформацію по потребі.

5. Походячи з вищезазначеного, при встановленні медичному працівнику діагнозу коронавірусної інфекції, спричиненої COVID-19, для винесення рішення щодо зв'язку між захворюванням і умовами праці необхідна наявність наступних документів:

А. Результати вірусологічного обстеження медичного працівника методом ПРЛ-діагностики на COVID-19.

Лабораторне дослідження має бути проведено і зареєстровано у відповідності до положень Наказу №1411.

Б. Медична документація, що описує підтверджений випадок COVID-19.

На виконання Наказу №1411 захворювання на COVID-19 підтверджується лише лабораторно, незалежно від наявності або відсутності клінічної картини.

У разі, якщо захворювання медичного працівника супроводжувалось клінічними проявами, для експертної оцінки повинна надаватись вся медична документація – амбулаторні картки, історії хвороби, консультативні висновки, листи непрацездатності і т.с.

В. Акт розслідування нещасного випадку/гострого професійного захворювання за формою «Н-1» (дод. 11 Порядку) з обов'язковим ретельним заповненням всіх необхідних пунктів.

Слід підкреслити, що принциповими питаннями розслідування нещасного випадку у разі захворювання медика на COVID є відомості про виконання лікувальним закладом і медпрацівником вимог додатків Наказу №1411 щодо забезпечення ЗІЗ, дезсредствами, організації праці і т.с., так як невідображення цих питань в Акті розслідування свідчить за невиконання Наказу, недбалість, некомпетентність керівництва закладу, самовпевненість працівника та інші порушення.

Г. Довідка про проведення епідрозслідування випадку COVID-19, складена відповідними лікарями обласного лабораторного центру МОЗ України з заповненням Карти епідеміологічного обстеження (форма №357/о)

За даними довідки має походити, що єдиним ймовірним місцем зараження COVID є лікувальний заклад.

Д. Дані попередніх медичних оглядів медпрацівника.

Враховуючи характер нещасного випадку - гостре інфекційне захворювання, яке передається повітряно-краплинним шляхом від хворої людини під час короткочасного виділенням вірусу, нещасний випадок трапляється за обставин, які не мають відношення до попереднього стану здоров'я медичного працівника та які неможливо було передбачити під час проведення медичних оглядів.

Але у разі розвитку ускладнень, інвалідизації або смерті медичного працівника від гострої коронавірусної інфекції, спричиненої COVID-19, виникає питання щодо настання страхового випадку, зазначеного у п.7 додатку 10 Порядку.

Це питання, а також ступінь відповідальності керівництва закладу, яке допустило постраждалого/померлого медпрацівника до шкідливих робіт (в разі COVID – надання медичної допомоги хворим з підозрою на ОРЗ/ОРВІ), не регулюється чинним законодавством. Тому, при виникненні конфліктних ситуацій, вирішується у судовому порядку. У сумнівних випадках, таких як

неякісні медичні огляди або свідоме направлення на роботу з COVID важко хворих працівників, вагітних, зі зниженим імунітетом і т.с., - судове рішення, безумовно, буде не на користь лікувального закладу.

Е. Інші медичні документи за потреби.

6. При наявності зазначених умов хворий направляється на консультацію головного позаштатного профпатолога/експерта з питань профпатології департаменту охорони здоров'я та соціального захисту населення обласної державної адміністрації. Під час карантину, з урахуванням рекомендацій Державної служби України з питань праці, консультація може бути здійснена дистанційно.

4 ВЛАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

В межах надання медичної допомоги та проведення експертизи працездатності, професійної придатності і зв'язку захворювання з умовами праці у медичних працівників хворих на коронавірусну інфекцію, спричинену SARS-CoV-2, профпатологами кафедри проводиться ряд досліджень, які відображають фактичну реалізацію законодавчих актів і характеризують умови для проведення експертизи.

Метою першої роботи було дослідження передумов для виникнення конфліктів під час проведення експертизи випадків непрацездатності працівників медичних закладів внаслідок коронавірусної інфекції.

Обговорення результатів.

1. При аналізі звернень за експертизою відмічається значна кількість одночасно захворівших працівників з однієї лікарні. Лише 2 заклади представили на експертизу по випадку захворювання, причому один з зазначених лікарів захворів під час відпуски. Що, в першу чергу, свідчить про недосконалість протиепідемічних закладів, які недостатньо попереджають розповсюдження COVID-19 серед медичних працівників. Також виникають питання щодо відповідності навантаження на заклади, у яких відмічається найбільша кількість хворих.

2. За формою власності і характером роботи представлено всі типи закладів, що надають первинну допомогу, – станції швидкої допомоги, центри первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторії сімейних лікарів, некомерційні комунальні підприємства до обласних лікарень і приватні медичні центри, які мають відповідні лікувальні і діагностичні підрозділи.

3. За професійним складом розподіл хворих - всього 63 пацієнта, серед них:

- 16 лікарів;

- 35 фахівців (фельдшера, медичні сестри, лаборанти та ін.);

-12 робітників з базовою освітою (молодші медичні сестри, телефоністи, водії та ін.).

Суттєва перевага фахівців серед захворівших пов'язана зі значною розповсюдженістю COVID-19 серед працівників швидкої допомоги, які, за сучасним розподілом, відносяться до середнього медичного персоналу.

4. Чинне законодавство має певні розбіжності щодо визначення випадку професійного захворювання у працівників медичних закладів. Так, медичні та

інші працівники, які не працюють в «лікарнях 1 ланки» або не зайняті на наданні медичної допомоги пацієнтам, потенційно хворим на COVID-19, можуть мати зв'язок між захворюванням і умовами праці, походючи з визначення закону, але не можуть бути визнані професійно хворими з визначення Переліку, що встановлює певні обмеження на соціальні виплати.

Серед працівників, випадки захворювання яких підлягали експертній оцінці, 18 хворих не були зайняті на невідкладній або первинній медичній допомозі хворим та не працювали у лікарнях 1 рівня. До цієї групи відносився:

- весь персонал (12 робітників) з базовою освітою (водії, молодші медичні сестри та ін.);
- фахівці (3 фахівця), які працювали у діагностичних і спеціалізованих підрозділах (рентген-кабінет і кабінет фізіотерапії);
- лікарі (3 лікаря), які працювали у діагностичних і спеціалізованих підрозділах (рентген-кабінет і кабінет фізіотерапії).

5. Гострі респіраторні захворювання є головною причиною тимчасової непрацездатності працівників у більшості колективів як за кількістю випадків, так і за сумарним часом непрацездатності. Враховуючи стан епідемії всі працівники медичних закладів з ознаками нежиті повинні вважатись потенційно хворими на COVID-19 і проходити відповідне лабораторне обстеження. Технічні складнощі, пов'язані з масовим виконанням РТ-ПЛР, призводять до неможливості щільного охопту навидь хворих з підозрою на коронавірус. Що призводить до обмеженої можливості встановлення контакту з хворими пацієнтами, якщо вони не мали відповідну клінічну картину та не були заздалегідь обстежені. Результати дослідження було опубліковано [10]

Наступним дослідженням було оцінено стан діагностики COVID-19 серед медичних працівників.

Метою другої роботи було дослідити розповсюдженість та найбільш типові форми лабораторних помилок і їх вплив на діагностику, лікування і експертизу працездатності медичних працівників, хворих на COVID-19.

Результати та їх обговорення: При аналізі оцінювались дані щодо лабораторного обстеження медичного працівника і пацієнта, якій був джерелом захворювання. Лабораторні дослідження проводились у ДУ «Одеський ОЛЦ МОЗУ» Вірусологічна лабораторія «ЦІВЛ с діагностикою СНІДу та інших ОНВІ», м. Одеса та ДУ «Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І.І.Мечникова» МОЗ України, м. Одеса.

Як «негативні» на наявність помилок оцінювались випадки для яких лабораторне обстеження хворого не впливало на стан медичного працівника, а обстеження медпрацівника виконувалось в установлений термін. Всього у 10 випадках не було виявлено ознак помилок при проведенні лабораторних досліджень.

Дефініція «лабораторних помилок» занадто розмита і трактує будь яку невідповідність – від курйозів при друкуванні бланку відповіді до грубих порушень процедури проведення обстеження, що мали важкі наслідки для здоров'я хворого, як «помилку» з однаково негативною оцінкою і персоніфікацією відповідальності на окремого працівника. Такий підхід вважається непродуктивним, але спроби виправити ситуацію, призводять до ще

більшої плутанини у визначеннях і мірах відповідальності. Практично єдиним загально визнаним залишається розподіл помилок по етапам виникнення на:

- преаналітичний (в т.ч. пре-преаналітичний);
- аналітичний;
- постаналітичний (в т.ч. пост-постаналітичний).

Преаналітичні помилки вважаються найчастішими (понад 60% всіх помилок). Вони включають помилки підготовки пацієнта, вибору тесту, відбору матеріалу, зберігання, перевезення та ін. Але у більшості випадків такі помилки важко встановити дистанційно, після проведення дослідження. При проведенні аналізу було висвітлено такі помилки:

- помилки транспортування та зберігання – 6 випадків. Ці помилки пов'язані з занадто великим терміном (більш ніж 72 год.) від часу отримання матеріалу до часу транспортування до лабораторії.
- помилки призначення обстеження – 2 випадки. Походячи з вимог чинного законодавства, хворі з підозрою на COVID-19 підлягають терміновому обстеженню або, щонайменше, відбору матеріалу на протязі 24 годин. У зазначених випадках між зверненням медпрацівника з підозрою на коронавірусну хворобу (за даними медичної документації) і відбором матеріалу термін перевищував декілька днів.

Постаналітичні помилки складають приблизно 25-40% всіх помилок і включають занадто великий загальний час виконання дослідження, помилки при наданні результатів, затримки при повідомленнях про критичні значення показників, відсутність реакції на результати досліджень і т.с. Серед проаналізованих випадків виявлені наступні помилки:

Таб. 1. Узагальнені дані щодо виявлених помилок лабораторної діагностики

<i>Помилки за типом</i>	<i>Абс.</i>	<i>Відн.</i>
Преаналітичні	8	23.5%
Аналітичні	-	-
Постаналітичні	26	76.5%
Всього	34	100%
<i>Помилки за розповсюдженістю</i>	<i>Абс.</i>	<i>Відн.</i>
Одна помилка	13	43.3%
Декілька помилок	7	23.4%
Відсутні	10	33.3%
Всього	30	100%

Походячи з літературних джерел приблизно 30% лабораторних помилок мають вплив на аспекти надання медичної допомоги, не пов'язані із станом здоров'я або загрозою життя пацієнта, 2-12% помилок мають несприятливий вплив безпосередньо на стан здоров'я. Вплив помилок лабораторної діагностики на результати діагностики, лікування і експертизи випадків COVID-19 у медичних працівників спостерігався у наступних випадках:

- затримки при повідомленнях о критичних значеннях у 2х випадках з 3х призвели до відомих захворювань щонайменше 4 працівників.
- помилки зберігання і занадто великий час виконання дослідження призвели до невідповідного часу початку лікування у 5 медичних працівників, коли розвиток пневмонії попереджав, подекуди на декілька днів, результати дослідження.
- занадто великий час виконання дослідження був причиною невідповідної експертизи працездатності у 3х працівників.

Таб. 2 Узагальнені дані про вплив помилок на надання медичних послуг

Помилки	Абс.	Відн.
Загальна кількість	34	100%
Що впливають на якість медичних послуг	10	29.5%
Що мають небезпечні наслідки	2	6%

Результати дослідження було опубліковано [11].

Походячи з сучасних поглядів на проблему розповсюдження коронавірусної хвороби і спостережень за працівниками медичних закладів, приблизно 3% працівників клінічних підрозділів без симптомів нежиті мають позитивний тест на COVID-19. При детальному аналізі виявлено, що переважна більшість з них мала незначні симптоми нежиті на протязі тижня до обстеження, деякі мали мінімальні ознаки нежиті, які не впливали на працездатність та загальне самопочуття, і лише у окремих працівників COVID-19 був справді асимптомним. При обстеженні працівників зі скаргами, приблизно 15% медичних працівників з симптомами нежиті також були COVID-19 позитивні. 3/4 з виявлених працівників були зайняті у підрозділах, які надають допомогу хворим на коронавірусну хворобу. Розповсюдженість захворювання (симптомної і безсимптомної форм) серед медичних працівників має достовірну кореляцію з кількістю хворих COVID-19, які знаходяться на лікуванні. Також, було продемонстровано, що при використанні достатньої кількості захисних засобів і забезпечені карантинних заходів у «червоній зоні» передача захворювання від медпрацівника медпрацівнику, у т.ч. поза межами «червоної зони», є ведучим шляхом розповсюдження захворювання у лікарнях.

Метою дослідження було оцінити ефективність виявлення COVID-19 серед медичних та інших працівників «лікарень І ланки» Одеської області під час 1-2 хвиль епідемії.

Результати і обговорення.

1. Походячи з проаналізованої документації у всіх «лікарнях І ланки» мало місце забезпечення медичного персоналу засобами індивідуального захисту

(ЗІЗ), деззасобами, спецодягом. Походячи з наданих накладних працівники отримували їх з певною періодичністю. З персоналом було проведено позачергові інструктажі і навчання з охорони праці. Проводився термоконтроль персоналу. У відділеннях лікарень виділялись «червоні зони» для хворих COVID-19. Тобто, було реалізовано основні положення наказів МОЗ щодо протиепідемічних заходів. Але реалізація носила дещо формальний характер, як за змістом, так і за обсягами. Жодна з районних лікарень не припиняла прийом загальноклінічних хворих. Враховуючи обмеженість приміщень лікарень, якість виділення «червоних зон» не була відповідною. Так, у одній з лікарень «червону зону» відділення від загальної «відокремлювала» тканинна фіранка. Також мали місце перебої з постачанням ЗІЗ, особливо, під час пікових навантажень на відділення, що неодноразово висвітлювалось у зверненнях персоналу, новинах, інтерв'ю посадових осіб.

У порівнянні до районних лікарень ООКМЦ був повністю задіяний для боротьби з епідемією, що дозволило реалізувати всі необхідні карантинні заходи – від виділення окремих шляхів для «чистих» і «інфікованих» осіб до озброєної охорони території лікарні як потенційного осередку інфекції. Також, жодної інформації щодо нестачі ЗІЗ, деззасобів або спецодягу у 2020 році не поступало.

2. Не зважаючи на рекомендації щодо проведення активного обстеження медичних працівників на COVID-19 методом ПЛР у районних лікарнях ця практика на протязі 2020 року не була реалізована і, до певної міри, не мала сенсу у зв'язку з обмеженою доступністю ПЛР обстеження навіть хворих пацієнтів і працівників.

У ООКМЦ проводилось активне обстеження всіх працівників раз в 2 тижні, що було можливо як за відсутністю логістичних проблем (ООКМЦ розташовано у м.Одеса), так і за рахунок можливості залучення персоналу власної лабораторної служби.

3. Клінічно підтвержені ПЛР випадки COVID-19 серед працівників були представлені безсимптомними формами, гострою коронавірусною хворобою, яка протікала у формі нежиті, та запаленням легенів з або без розвитку ускладнень. Розподіл за формами наведено у таб.1

Таб.1 Клінічні форми COVID-19 у медичних працівників «лікарень І ланки» у 2020 році.

	Районні лікарні	ООКМЦ
Безсимптомна течя	1 (3.3%)	22 (78.5%)
Нежить	24 (80%)	3 (10.7%)
Пневмонія	5 (16.6%)	3 (10.7%)
Всього	30 (100%)	28 (100%)

При аналізі медичної документації медичних працівників, хворих на COVID-19 у формі нежиті звертає увагу відсутність досліджень, окрім ПЛР тесту. У типовому випадку захворівший (підвищення температури, нежить, слабкість і т.с.) медичний працівник викликав сімейного лікаря, здавав проби на COVID-19 і знаходився на амбулаторному лікуванні вдома без будь-якого подальшого обстеження – ні клінічного (консультації сімейним лікарем здійснювались по телефону), ні лабораторно-інструментального (загальний аналіз крові, коагулограма, рентген органів грудної черевини та ін.). Діагноз було сформульовано як «Гостра коронавірусна хвороба, спричинена COVID-19».

Медичні працівники, у яких було встановлено діагноз пневмонії, знаходились на стаціонарному лікуванні у зв'язку з важким перебігом хвороби, розвитком ускладнень і легеневою недостатністю II ступеню.

Виявлення безсимптомної течії коронавірусної хвороби було пов'язано з обстеженням з приводу іншого захворювання.

Серед медичних працівників ООКМЦ понад 75% всіх випадків COVID-19 мали безсимптомну течу. Пацієнти з коронавірусною нежиттю або пневмонією були обстежені у відповідності до діючих протоколів. Одна пацієнтка з пневмонією проходила стаціонарне лікування у ООКМЦ, 2 пацієнта знаходились на амбулаторному лікуванні вдома у зв'язку з легкою течєю пневмонії і відсутністю ускладнень.

Походячи з єдиних умов роботи за єдиними галузевими стандартами, а також факту, що до ООКМЦ госпіталізуються складні випадки коронавірусної пневмонії з районів області, тобто має місце схожість штамів вірусу, можливо припустити, що захворюваність на COVID-19 серед медичних працівників зазначених лікарень має подібні форми і абсолютну більшість випадків безсимптомних форм COVID-19 серед медичних працівників «лікарень І ланки» у сільській місцевості не було діагностовано за відсутністю активного епідобстеження працівників.

Звертає увагу, що співвідношення хворих працівників на амбулаторному лікуванні і таких, що потребувало стаціонарного лікування, мало подібне значення 24:5 та 5:1. Можливо припустити, що на 5 випадків важкого перебігу пневмонії серед працівників «лікарень І ланки» було щонайменше 5 випадків пневмонії з легким перебігом, які не було встановлено. Враховуючи, що хворі з пневмонією поза залежністю від клінічних проявів є найбільш заразними для оточуючих, ця невизначеність сприяє значному поширенню захворювання.

Також, можливо припустити, що за наявності у «лікарнях І ланки» «чистої» зони, хворі працівники, які формально не лікували коронавірусну хворобу, не мали відомих контактів поза лікарнею і випадки їх захворювань не підлягали розслідуванню за «відсутністю» визначеного джерела інфекції, здебільшого були заражені працівниками «червоної зони» з безсимптомними формами хвороби.

Результати дослідження було опубліковано [12].

ВИСНОВКИ

1. Велика кількість хворих мед.працівників, які одночасно виявляються у лікарнях на фоні впровадження всіх рекомендованих запобіжних заходів, свідчить про недосконалість існуючих протиепідемічних стандартів.
2. Невідповідність у кількості захворівших медичних працівників у аналогічних медичних закладах свідчить про недостатньо якісне обстеження працівників на COVID-19 і потребує перевірки, походючи з кількості хворих на гострі респіраторні захворювання, динаміки захворюваності і тимчасової непрацездатності.
3. Внаслідок розбіжності у законодавстві для групи працівників медичних закладів існує можливість щодо встановлення зв'язку між захворюванням і умовами праці при неможливості встановлення діагнозу професійного захворювання.
4. Частина працівників, які фактично зайняті на роботах з потенційно хворими на COVID-19, формально не відноситься до медичних закладів, тому на них не розповсюджуються міри щодо профілактики коронавірусної інфекції.
5. Технічні обмеження на виконання значної кількості РТ-ПЛР на COVID-19 не дозволяють обстежувати всі потенційні джерела зараження медичних працівників, що робить принцип встановлення зв'язку між захворюванням і умовами праці «після означає по причині» недостовірним.
6. Помилки лабораторної діагностики впливають на якість медичних послуг у формі несвочасного встановлення діагнозу і початку лікування, неналежного проведення експертизи працездатності і професійної придатності.
7. Більшість випадків ПЛР-позитивного COVID-19 серед медичних працівників мають безсимптомну течу.
8. Активне епідспостереження за медичними працівниками є головним заходом щодо виявлення хворих на COVID-19 і попередження розповсюдження інфекції у лікарнях, які надають медичну допомогу хворим на коронавірусну хворобу.
9. Відсутність активного епідспостереження у лікарнях, які надають клінічну допомогу хворим на COVID-19 і загально клінічним хворим (розділені на «червону» і «чисту» зони) сприяє неконтрольованому розповсюдженню коронавірусної інфекції серед медичних працівників «чистої» зони і ставить під сумнів питання експертизи.

Перелік посилань

1. Постанова Кабінету міністрів України від 08.11.2000 за №1662 «Про затвердження Переліку професійних захворювань» (у редакції від 13.05.2020)
2. Наказ МОЗ України/Академії медичних наук України/Міністерством труда і соціальної політики України від 29.12.2000 за №374/68/338 «Про затвердження Інструкції про застосування Переліку професійних захворювань»
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 квітня 2019 року за № 337 «Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві»
4. Державна служба України з питань праці: Роз'яснення щодо розслідування випадків ГРВІ COVID-19 у медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження// <http://vn.dsp.gov.ua/novini-upravlinnya/rozyasnennya-shchodo-rozsliduvannya/>
5. Закон України. Про захист населення від інфекційних хвороб. (Відомості Верховної Ради України (ввр), 2000, № 29, ст. 228). (із змінами)
6. Управління фонду соціального страхування України у Миколаївський області «Про випадки професійних захворювань на підприємствах області»// <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/mik/uk/publish/article/85842;jsessionid=70D4FC3623A26F859682519BBF81505F>
7. Наказ МОЗ України від
8. Наказ МОЗ України від 16.06.2020 за №1411 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба»»//документ 1411282-20, поточна редакція
9. Управління фонду соціального страхування України у Миколаївський області «До уваги керівників лікувальних закладів!» // <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/mik/uk/publish/article/93416;jsessionid=98CFA0769ADD26FC1A0ADA635F56CF29>
10. Ігнат'єв О. М., Панюта О. І. Особливості експертизи випадків непрацездатності працівників медичних закладів внаслідок короно вірусної інфекції// Вісник морської медицини.- 2020. №4, С.8-12
11. Ігнат'єв О. М., Панюта О. І. Аналіз випадків впливу лабораторних досліджень на помилки у діагностиці, лікуванні і проведенні експертизи медичних працівників, хворих на коронавірусну хворобу.// Вісник морської медицини.-2021.№1, с. 1-7
12. Ігнат'єв О. М., Панюта О. І. Аналіз розповсюдженості COVID-19 серед медичних працівників «лікарень і хвилі» Одеської області під час 1-2 хвиль епідемії// Вісник морської медицини.-2021. №4 с. 8-12

Підписано до друку 04.05.2022. Формат 60x84/16. Папір офсетний. Друк офсетний. Обл.-вид. арк. 1,9. Тираж 100 прим. Зам. № 276 ФОП Яковлев М. Ю. Свідоцтво № 25560170000067022 Від 17.03.2003 року 65000, м. Одеса, вул. Пастера, 52 Тел.: +380487983696