



# ŁÓDZKIE DNI MEDYCyny PRACY

3–5 czerwca 2014, ŁÓDŹ

SŁUŻBA MEDYCyny PRACY KLUCZOWYM ELEMENTEM  
DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH



patronat medialny:



# Komitet naukowy

## Przewodnicząca

Dr n. med. Ewa Wągrowaska-Koski

## Członkowie

Lek. med. Ewa Kaczanowska-Burker  
Prof. dr hab. n. med. Marta Kieć-Świerczyńska  
Dr n. med. Patrycja Krawczyk-Szulc  
Dr hab. n. med. Beata Kręcisz  
Lek. med. Anna Mikołajczyk  
Prof. dr hab. n. med. Cezary Pałczyński  
Dr n. med. Jacek Parszuto  
Dr n. med. Marcin Rybacki  
Prof. dr hab. n. med. Jolanta Walusiak- Skorupa  
Lek. med. Paweł Wdówik

# Komitet organizacyjny

## Przewodnicząca

Prof. dr hab. n. med. Jolanta Walusiak-Skorupa

## Członkowie

Dr n. med. Ewa Wągrowaska-Koski

Dr n. med. Patrycja Krawczyk-Szulc  
Dr n. med. Marta Wiszniewska  
Dr n. med. Marcin Rybacki  
Dr n. med. Sylwia Świdorska-Kiełbik  
Mgr Ewa Nowakowska-Świrta

# Program ramowy – sesje wykładowe

ŁÓDZKIE DNI MEDYCINY PRACY

---

## 3 czerwca (wtorek)

---

- |             |   |
|-------------|---|
| 9.00–11.00  | <b>HEALTHY LIFESTYLES AT WORK</b><br>(przewodniczący: Konrad Rydzyński, Jolanta Walusiak-Skorupa)   |
| 9.00–9.30   | Situation analysis and recommendations for stewardship on workplace health promotion in Poland<br>Jorma Rantanen                                    |
| 9.30–10.00  | Healthy lifestyles at healthy work places – the WHO concept<br>Aliya Kosbayeva  |
| 10.00–10.30 | Impact of OSH networks – ICOH, BSN, EES, national networks<br>Suvi Lehtinen   |
| 10.30–11.00 | Occupational Health Services in Norway: An Overview<br>Yogindra Samant  |
| 11.00–11.30 | Przerwa kawowa  |
| 11.30–13.30 | <b>AGEING AT WORK</b><br>(przewodniczący: Konrad Rydzyński, Jolanta Walusiak-Skorupa)   |
| 11.30–12.00 | The ageing European work force – facts feelings and future – The OSH response<br>Sarah Copsey   |
| 12.00–12.30 | Prevention and Management of Work-Related Cardiovascular Disorders<br>Akizumi Tsutsumi  |
| 12.30–13.00 | A strategy for wellbeing at work – will it extend work careers with three years?<br>Case: Finland<br>Wiking Husberg                                 |
| 13.00–13.30 | Cardiovascular risk factors and multimorbidity in Polish working population – key determinants of healthy and unhealthy ageing<br>Tomasz Zdrojewski |

---

#### 4 czerwca (środa)

---

- 9.00–11.00     **Wspólna sesja plenarna Łódzkich Dni Medycyny Pracy  
z VII Ogólnopolskim Zjazdem Naukowym Toksykologów Klinicznych  
TOKSYCZNE USZKODZENIA UKŁADU ODDECHOWEGO SPOWODOWANE  
EKSPOZYCJĄ ZAWODOWĄ  
(przewodniczące: Anna Krakowiak, Jolanta Walusiak-Skorupa)**
- 
- 9.00–9.20     Uszkodzenia układu oddechowego związane z ostrą i przewlekłą ekspozycją  
na substancje toksyczne – przykłady substancji, patogenezą  
Anna Krakowiak
- 9.20–9.40     Astma oskrzelowa wywołana przez substancje drażniące – wytyczne Europejskiej  
Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej  
Marta Wiszniewska
- 9.40–10.00    Zespół Reaktywnej Dysfunkcji Dróg Oddechowych  
Cezary Palczyński
- 10.00–10.20   Współczesne metody oceny zapalenia w układzie oddechowym  
Wojciech Piotrowski
- 10.20–10.40   Leczenie toksycznych uszkodzeń układu oddechowego  
Adam Antczak
- 10.40–11.00   Dyskusja
- 11.00–11.30   Przerwa kawowa
- 
- 11.30–12.15    **PLENARNA SESJA WSPOMNIENIOWA O DR EWIE WĄGROWSKIEJ KOSKI  
(przewodniczący: Konrad Rydzyński, Jolanta Walusiak-Skorupa)**
- 
- 12.15–13.10    **NOWE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA PRACUJĄCYCH  
(przewodniczące: Jolanta Walusiak-Skorupa, Ewa Kaczanowska-Burker)**
- 
- 12.15–12.35    Praca po 50 roku życia – konieczność czy szansa na lepsze życie?  
Bogumiła Urbaniak
- 12.35–12.55    Ochrona zdrowia psychicznego jako zadanie służby medycyny pracy  
Dorota Mercz

12.55–13.10	<p>Służba medycyny pracy kluczowym elementem działań prozdrowotnych Jolanta Walusiak-Skorupa</p>
13.10–14.00	Lunch
14.00–15.30	<p><b>ZDROWE ŻYCIE I AKTYWNE STARZENIE SIĘ JAKO WYZWANIE WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY PRACY</b> (przewodniczące: Patrycja Krawczyk-Szulc, Anna Mikołajczyk)</p>
14.00–14.30	<p>Centra Kariery 50+ – innowacyjne wsparcie dla pracowników starszych zagrożonych utratą pracy Marta Kononowicz</p>
14.30–14.45	<p>Rola rehabilitacji w procesie pozytywnego starzenia się i utrzymania aktywności zawodowej i społecznej Anna Puzder, Patrycja Krawczyk-Szulc, Jolanta Kujawa</p>
14.45–15.00	<p>Czy służba medycyny pracy rzeczywiście uczestniczy w rehabilitacji zawodowej? Patrycja Krawczyk-Szulc</p>
15.00–15.15	<p>Ograniczenia zdolności do wykonywania pracy u pracowników z reumatoidalnym zapaleniem stawów Przemysław Markowski, Agnieszka Gajo, Patrycja Krawczyk-Szulc</p>
15.15–15.30	<p>Projekt e-CAPACIT8 szansą wzrostu kompetencji profesjonalistów w zakresie ochrony zdrowia starszych pracowników Piotr Sakowski, Maciej Dobras</p>
15.30–16.00	Przerwa kawowa
16.00–17.30	<p><b>ORZECZNICTWO W MEDYCYNIE PRACY</b> (przewodniczące: Ewa Kaczanowska-Burker, Grażyna Wośkowiak)</p>
16.00–16.15	<p>Obustronna niestabilność nerwów łokciowych na poziomie stawu łokciowego ze współistniejącą neuropatią nerwu łokciowego lewego u osoby pracującej zawodowo z użyciem komputera – prezentacja przypadku Magdalena Lewańska</p>
16.15–16.30	<p>Gruźlica płuc pochodzenia zawodowego u pracownika domu pogrzebowego – opis przypadku Anna Witkowska, Marta Wiszniewska, Anna Krakowiak, Jolanta Walusiak-Skorupa</p>

- 16.30–16.45    Ogólne zasady dobrej praktyki w opiece profilaktycznej  
Jolanta Walusiak-Skorupa, Marcin Rybacki, Patrycja Krawczyk-Szulc,  
Andrzej Marcinkiewicz, Marta Wiszniewska
- 16.45–17.00    Opis przypadku gorączki krwotocznej zgłoszonej jako choroba zawodowa  
Katarzyna Skręt, Judyta Tomasiak-Homicka
- 17.00–17.15    Standardy postępowania orzeczniczego u pracowników chorych na cukrzycę  
Andrzej Marcinkiewicz, Dorota Szosland, Marcin Rybacki, Marta Wiszniewska,  
Jolanta Walusiak-Skorupa
- 17.15–17.30    Współistnienie objawów alergicznego zapalenia spojówek i nieżyty nosa  
wśród pacjentów z podejrzeniem alergii zawodowej  
Diana Tymoszuik, Marta Wiszniewska, Jolanta Walusiak-Skorupa

---

## 5 czerwca (czwartek)

---

- 9.00–10.30    **WSPÓŁCZESNE ZAGROŻENIA ZDROWOTNE W MIEJSCU PRACY**  
**(przewodniczące: Marta Wiszniewska, Renata Złotkowska)**
- 
- 9.00–9.30    Uszkodzenie słuchu jako problem cywilizacyjny  
Mariola Śliwińska-Kowalska
- 9.30–9.45    Zagrożenia zdrowotne w służbie ratownika górniczego  
Renata Złotkowska, Alina Mroczek, Ewa Zbrojkiewicz, Teresa Bilewicz-Wyrozumska,  
Mariusz Kuś
- 9.45–10.00    Problemy zdrowotne osób zatrudnionych w salonach kosmetycznych  
Marta Kieć-Świerczyńska, Dorota Chomiczewska-Skóra,  
Dominika Świerczyńska-Machura, Beata Kręcisz
- 10.00–10.15    Narząd wzroku w pułapce cywilizacji  
Alicja Pas-Wyroślak
- 10.15–10.30    Epidemia alergii kontaktowej na metyloizotiazolinon  
Beata Kręcisz, Dorota Chomiczewska-Skóra, Marta Kieć-Świerczyńska
- 10.30–11.00    Przerwa kawowa

---

11.00–13.15	<b>VARIA</b> (przewodniczący: Marcin Rybacki, Jacek Parszuto)
-------------	--

---

11.00–11.15	Realia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami w Polsce Jerzy Kopias
11.15–11.30	Sytuacja zdrowotna kierowców z terenu woj. świętokrzyskiego prowadzących pojazdy po spożyciu alkoholu – prezentacja wyników badań własnych Ewa Latała-Łoś
11.30–11.45	Zdolność do kierowania pojazdami osoby z niepełnosprawnością rąk – prezentacja przypadku Marcin Rybacki, Marcin Kosobudzki, Zbigniew Józwiak
11.45–12.00	Portal Medycyna Pracy źródłem informacji dla pracowników służby medycyny pracy Jacek Parszuto
12.00–12.15	Kontrowersje w zakresie badań profilaktycznych marynarzy i rybaków w świetle Konwencji o pracy na morzu 2006 Małgorzata Wójcik-Stasiak, Marcin Renke, Wojciech Wołyniec, Jacek Januszczak
12.15–12.30	Przyczyny dysfonii u nauczycieli objętych Programem Ochrony Narządu Głosu „Dźwięk” w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Łodzi w latach 2007–2014 Joanna Zimmer-Nowicka, Anna Ciesielczuk-Łuczywek, Ewa Morawska, Iwona Sobczak, Jacek Jakubowski
12.30–12.45	Wybrane zachowania zdrowotne w grupie osób pracujących i ich uwarunkowania Monika Szymocha
12.45–13.00	Kompleksowa analiza wpływu biomasy na stan zdrowia narażonych pracowników sektora energetycznego Katarzyna Broszko-Dziedzic, Elżbieta Cwynar, Joanna Limburska, Jarosław Tomczyk
13.00–13.15	Rowerzyści. Pełnoprawni uczestnicy ruchu drogowego. Czy na pewno? Jacek Jakubowski

---

13.15–14.00	<b>PODSUMOWANIE KONFERENCJI. WYNIKI KONKURSU NA NAJLEPSZY PLAKAT. ZAKOŃCZENIE ŁÓDZKICH DNI MEDYCZYNY PRACY</b>
-------------	--

---

14.00–15.00	Lunch
-------------	-------



# Program ramowy – sesja plakatowa

ŁÓDZKIE DNI MEDYCYNY PRACY

---

## 4 czerwca (środa)

---

### 9.30–12.30      **Sesja plakatowa**

*Prezentacja przy plakatach w czasie przerw kawowych*

**(przewodniczące: Marta Wiszniewska, Anna Mikołajczyk)**

01. Program badań profilaktycznych pracowników narażonych w przeszłości na pył azbestu – wyniki realizacji w latach 2000-2013

Zuzanna Szubert, Wojciech Sobala, Magdalena Wrońska-Sobolewska, Joanna Dobrowolska, Elżbieta Cwynar, Bożena Kędzińska, Jacek Jakubowski, Małgorzata Ratka, Joanna Kowalska Jackiewicz, Renata Turbańska, Anna Waśniewska-Pietrykowska, Mieczysław Sova, Halina Pawłowska-Koziół, Ewa Latała-Łoś, Ewa Komorowska, Neonila Szeszenia-Dąbrowska

02. Wpływ polimorfizmów genetycznych na aktywność wybranych enzymów antyoksydacyjnych u osób ekspozowanych zawodowo na ołów

Elżbieta Olewińska, Agnieszka Kozłowska, Aleksander L. Sieroń

03. Podsumowanie pierwszego roku działalności Służby TMAS- morskiej teleasysty medycznej w UCMMiT

Małgorzata Wójcik-Stasiak, Marcin Renke, Michał Kurlapski, Paweł Kłincewicz, Wojciech Wołyniec, Jacek Januszczak

04. Działalność wojewódzkich ośrodków medycyny pracy w latach 2010–2013

Mariola Wojda

05. Celowe użycie mikroorganizmów patogennych w różnych zakładach pracy i procesach w Polsce

Anna Kozajda, Irena Szadkowska-Stańczyk

06. Choroby zawodowe wywoływane przez mikroorganizmy jako problem zdrowia publicznego i medycyny pracy w Polsce

Irena Szadkowska-Stańczyk, Anna Kozajda

07. Eozynofilowe zapalenie oskrzeli rzadką przyczyną związanych z pracą objawów ze strony dróg oddechowych

Aneta Kleniewska, Marta Wiszniewska, Jolanta Walusiak-Skorupa

08. Nieżyt nosa zaostrożony pracą częstą przyczyną związanych z pracą objawów ze strony górnych dróg oddechowych

Witold Salski, Marta Wiszniewska, Diana Tymoszuć, Aneta Kleniewska, Anna Witkowska, Jolanta Walusiak-Skorupa

09. Nowe metody laboratoryjne w diagnostyce wziewnej alergii zawodowej na lateks gumy naturalnej  
Ewa Nowakowska-Świrta, Marta Wiszniewska, Jolanta Walusiak-Skorupa

10. Możliwości oceny uszkodzenia bariery naskórkowej u pracujących w narażeniu na czynniki drażniące  
Dorota Chomiczewska-Skóra, Beata Kręcisz, Marta Kieć-Świerczyńska

11. Alergia IgE-zależna układu oddechowego uwarunkowana kontaktem z ptakami ozdobnymi w środowisku pracy  
Sylvia Świdowska-Kiełbik, Anna Krakowiak

12. Aktywizacja zawodowa ciężarnych poprzez skierowaną do kobiet, pracodawców, lekarzy ginekologów oraz lekarzy medycyny pracy edukację zdrowotną z wykorzystaniem technologii IT  
Andrzej Marcinkiewicz, Paweł Muszyński, Wojciech Hanke

13. Środowiskowe uwarunkowania gęstości mammograficznej  
Beata Peptłońska, Weronika Burdelak, Agnieszka Bukowska

14. Ryzyko uszkodzenia słuchu wśród studentów wyższych szkół muzycznych  
Małgorzata Zamojska-Daniszevska, Małgorzata Pawlaczyk-Łuszczynska, Adam Dudarewicz, Kamil Zaborowski

15. Ocena ekspozycji zawodowej na hałas emitowany przez technologiczne urządzenia ultradźwiękowe niskiej częstotliwości  
Kamil Zaborowski, Adam Dudarewicz, Małgorzata Zamojska-Daniszevska, Małgorzata Pawlaczyk-Łuszczynska

16. Ekspozycja zawodowa na hałas orkiestrowy a stan słuchu zawodowych muzyków  
Małgorzata Pawlaczyk-Łuszczynska, Adam Dudarewicz, Małgorzata Zamojska-Daniszevska, Kamil Zaborowski

17. Weryfikacja skuteczności biernych ochronników słuchu w przypadku ekspozycji na hałas ultradźwiękowy  
Adam Dudarewicz, Małgorzata Pawlaczyk-Łuszczynska, Małgorzata Zamojska-Daniszevska, Kamil Zaborowski

18. Ocena przedklinicznych uszkodzeń ślimaka przez hałas za pomocą emisji otoakustycznych  
Piotr Kotyło, Mariola Śliwińska-Kowalska

19. Program „Ochrona narządu głosu u nauczycieli” jako narzędzie zdrowia publicznego w ograniczaniu zjawiska patologii zawodowej  
Anna Mikołajczyk, Monika Szymocha, Rafał Kołodziejczyk

20. Efekty terapii głosu w dysfonii porażennej u policjanta z wykorzystaniem skali VTD – studium przypadku

Ewelina Woźnicka, Ewa Niebudek-Bogusz, Mariola Śliwińska-Kowalska

21. Zastosowanie analizy kepralnej w ocenie akustycznej głosu u pacjentów z guzkami głosowymi

Ewa Niebudek-Bogusz, Jacek Grygiel, Paweł Strumiłło, Mariola Śliwińska-Kowalska

22. Psychospołeczne zagrożenia zawodowe – badanie w grupie dziennikarzy radiowych za pomocą Skali Ryzyka Psychospołecznego

Anna Najder, Aleksandra Wójcik

23. Rodzaje interakcji praca-dom i ich związek z wypaleniem zawodowym – analiza skupień w populacji generalnej

Aleksandra Andysz, Dorota Merez-Kot

24. Narażenie na mobbing a występowanie objawów wypalenia zawodowego u nauczycieli

Marcin Drabek, Agnieszka Mościcka-Teske

25. Skala Ryzyka Psychospołecznego – opis narzędzia

Aleksander Stańczak, Agnieszka Mościcka-Teske, Marcin Drabek

26. Choroby układu ruchu u pracowników 50+ a rehabilitacja zawodowa

Andrzej Podhrebelny, Barbara Szulist, Ewa Kaczanowska-Burker

# Streszczenia wystąpień ustnych

ŁÓDZKIE DNI MEDYCyny PRACY

## Healthy lifestyles at healthy work places

Aliya Kosbayeva, Elizabet Paunovic

WHO European Center for Environment and Health

WHO Global Burden of Disease Report proved that poor working environment is among the top ten health risk factors. In the WHO European Region alone with over 400 million workers, 5% of GDP are lost every year due to work-related diseases and accidents. Unhealthy working conditions contribute to 1.6% of the burden of disease. The major occupational risks associated with this are injuries (40%), noise (22%), carcinogens (18%), particulates (17%) and ergonomic hazards (3%). 70% of workers are not insured to compensate them occupational diseases and injuries.

Considering preventable nature of all occupational diseases, the improvement of working conditions and work organization can significantly reduce the burden above-mentioned conditions.

Universal health coverage, global WHO initiative, addressing health determinants (health promotion and prevention of risk factors for non-communicable diseases) with the financial protection that prevents ill health leading to poverty is one approach.

Workers' health Global Plan of Action adopted by World Health Assembly in 2007, aiming at national policy improvement via specific health programmes, improved surveillance and occupational services coverage, inspection and enforcement activities put en emphasis on the primary prevention of occupational diseases and injuries by introducing healthy work practices and work organization, and of a health-promoting culture at the workplace.

This can be done with the removal of exposure to second-hand tobacco smoking on workplaces; support breastfeeding for working women, healthy diet through reducing salt levels, decreasing saturated fats and limiting free sugars; creating conditions for physical activity on workplaces; banning alcohol and psychoactive substances use on workplaces.

## **An overview of the Occupational Health Service in Norway**

Yogindra Samant, Axel Wannag

Norwegian Labour Inspection Authority

The Norwegian Labour inspection Authority is responsible for the implementation of the Working Environment Act in Norway. This act among others includes clauses that concern requirements for businesses to have OHS (Occupational Health Services), quality of OHS and use of OHS. Norway follows the tri-partite model with regards to dealing issues of concern in Norwegian Work-life including. The OHS is an important policy tool to promote prevention of occupational safety and health at the workplaces.

The system of OHS in Norway started in 1917 and has had two central tenets – health controls for the workers and occupational hygiene inspections on the factory floors. Thus the preventive occupational hygiene aspect was a founding principle for OHS from the very beginning.

The Employers, Labour and the Norwegian Medical Association agreed in 1946 that the OHS in factories should expand to large number of workplaces across the country. Towards the end of the 1960s and in the beginning of the 1970s the Labour Union also felt that here was much emphasis health controls and too little of the preventive work in the OHS.

Therefore the OHS were strengthened in 1975 by adding occupational hygienists, ergonomist and other OSH professionals to make OHS a multi professional entity. The OHS were strengthened with the implementation of new Work Environment Act in 1977, specifying the legal obligation for workplaces to employ OHS where occupational risks are evident.

From the 1990s the Working Environment Act made it obligatory for specific trade sectors to engage an OHS, and further it was regulated what kind of services workplaces should ask the OHS. However the quality of service provided by OHS varied greatly. It was in 2010 that the government realized that it had to establish some kind of quality criteria for OHS as many entities marketed themselves as OHS advisors not necessarily providing preventive services.

Since 2010 all OHS must be approved by Labour Inspection Authority. The OHS Providers are providing approvals based on both the volume of personnel and quality of services. As of today about 350 OHS have been approved in Norway for a 5-year period. OHS have to seek recertification from the Labour Inspectorate every fifth year.

## **The ageing European work force – facts, feelings and future – the OSH response**

Sarah Copsey

European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)

Europe's workforce is ageing and Member States are increasing the official retirement age, resulting in a longer working life and therefore increased exposure to any hazards at work. This increases the importance of preventing work from compromising workers' health. EU-OSHA is carrying out studies in this area to support a request from the European Parliament. The objectives include to: assess the prerequisites for an OSH system to meet the challenges of an ageing workforce; support sharing and exchange of experience and good practice and ensure better prevention for all, and; provide proposals to assist policy development.

Preliminary findings suggest: the importance of a holistic approach and a life-cycle approach; the need for access to external services, support and tools for small and micro-enterprises and for their employees and the self-employed; there are many simple actions which could be implemented by small businesses; the need to take account of gender issues

The key to healthier older workers is to improve prevention for all workers, with tailored interventions for individual workers where necessary which are implemented in a sensitive way to avoid stigmatisation of older workers. A robust OSH system is needed to deliver effective prevention, provide access to occupational health services for all workers and promote health in the workplace. Early-intervention rehabilitation is needed, with more public health resources given to non-life threatening chronic diseases such as MSDs. Work should be a clinical outcome for medical professionals. Cross-policy actions and budgeting are needed, especially with public health and social security.

## **Prevention and Management of Work-Related Cardiovascular Disorders**

**Akizumi Tsutsumi**

on behalf of the ICOH Scientific Committee on Cardiology in Occupational Health

Cardiovascular disorders (CVDs) constitute a major burden for health of working populations throughout the world. Trends in CVD incidence are not parallel across age- and gender-groups, geographical areas, sectors of the economy, or among certain occupational groups. In the industrialized countries, the recent globalization gives rise to psychosocial risk factors in the work environment. Meanwhile, in the developing countries or those in transition (e.g., Eastern Europe), CVD mortality is increasing due to major socioeconomic changes, the demographic transition and rapid industrialization and urbanization. Ageing of working populations and life style risk factors such as low-level leisure-time physical activity enhance the risk of CVDs and are in complex interaction with the work-related factors. Available research data suggest that about 80% of CVD mortality is preventable if the existing knowledge could be effectively used for system-wide implementation of prevention and health promotion programs. The obstacles of achieving such wide-scale impact are lack of awareness, lack of policies and their implementation into practice and shortage of infrastructures and human resources needed for wide-scale and long-term program implementation. Considering the WHO Global Strategy on Occupational Health for All, the WHO Global Action Plan on Workers' Health, the WHO Program on Prevention of Non-communicable Diseases and the ILO Decent Work agenda, the Sixth ICOH International Conference on Work Environment and Cardiovascular Diseases, held in Tokyo in March 2013, adopted the Tokyo declaration to promote workers' cardiovascular health. The Declaration contains how important work-related CVD is, and what we should do to prevent it.

## **A strategy for wellbeing at work – will it extend work careers with three years? Case: Finland**

**Wiking Husberg**

**Ministry of Social Affairs and health, Finland**

Finland made a substantial investment in 1973 to improve working conditions: new legislation, participatory based cooperation in OSH at the workplace and hundreds of new labour inspectors were employed. This led to a dramatic decrease of fatal and overall accidents. The process has continued with the introduction of preventive risk assessment, increasing the awareness of the positive link between good working conditions and productivity and increased safety culture at workplaces.

However, in the last decade the downwards trend of the accident statistics has ended and the level remains fairly flat. Musculoskeletal and mental disorders cause about 2/3 of the disability pensions. Simultaneously, the workforce is ageing and there is a need to extend the work careers.

Finland has approved a tri-partite Policy on wellbeing at work, the aim of which is to decrease the total numbers of accidents as well as the rate of accidents, to reduce physical and mental strain and to extend the work careers with three years by 2020. The National working life development strategy, focusing on productivity and growth, incorporates workers' health and wellbeing at work as one of four essential elements.

The government, the social partners, OSH organisations and a broad spectre of partners are implementing very diverse actions aimed at improving wellbeing at work and good working conditions to enable longer work careers. The target groups are disabled, young workers, families with young children and ageing workers.



# Streszczenia wystąpień ustnych

Wspólna sesja ŁDMP i VII OZNTK

## Uszkodzenia układu oddechowego spowodowane ekspozycją na substancje toksyczne w środowisku pracy

Anna Krakowiak

Oddział Toksykologii, Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii,  
Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera w Łodzi

Działanie toksyczne na układ oddechowy wykazują: gazy, dymy, pyły i pary. W wyniku ekspozycji inhalacyjnej na czynniki toksyczne może dojść do rozwoju min: RADS, gorączki metalicznej, ARDS, kryptogennego organizującego się zapalenia płuc, niekardiogennego obrzęku płuc, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i zwłóknienia tkanki płucnej. Narażenie na ekstremalnie wysokie stężenia gazów drażniących może powodować natychmiastową śmierć. Mechanizm uszkodzenia tkanki płucnej jest różny i zależy od: stężenia substancji w powietrzu, jej pH, rozpuszczalności w wodzie, wielkości cząstek inhalowanych, czasu ekspozycji, warunków otoczenia w których dochodzi do narażenia, ale również od współwystępowania przewlekłych chorób serca i płuc, wieku osoby ekspozowanej, aktywności ruchowej podczas narażenia, poprzedniej ekspozycji na inne czynniki szkodliwe, w tym palenie tytoniu. Gazy dobrze rozpuszczalne w wodzie, które szybko ulegają hydrolizie, jak: amoniak, formaldehyd, kwas chloro- i fluorowodorowy, octowy, siarkowy wywierają głównie działanie drażniące na górne drogi oddechowe. Gazy słabiej rozpuszczalne w wodzie, takie, jak: chlor, brom, fluor, siarkowodór, dwutlenek siarki działają na błonę śluzową całych dróg oddechowych, podczas gdy gazy najgorzej rozpuszczalne w wodzie do których należą: tlenki azotu, fosgen, ozon, działają głównie na ściany pęcherzyków płucnych. Następstwem uszkodzenia błon komórkowych jest uwolnienie mediatorów uruchamiających kaskadę procesów zapalnych, które zmieniają przepuszczalność naczyń i działają jak czynniki chemotaktyczne. Równocześnie uwalniane mediatory przez komórki nabłonka dróg oddechowych mogą wywierać wpływ na kurczliwość mięśni gładkich oskrzeli. W procesie uszkodzenia tkanki płucnej ważną rolę ogrywa proces tworzenia wolnych rodników i zainicjowanie peroksydacji lipidów błon komórkowych. W toczącym się procesie zapalnym uczestniczą mikrosomalne izoenzymy cytochromu P450 1A1, 2B1, 2F1, 4B1 i 3A4, NADPH reduktaza cytochromu P450, monoooksygenazy flawinowe, hydrolaza epoksydowa, oraz enzymy cytozolu: transferaza S-glutationu i peroksydaza glutationu. W przypadku narażenia na substancje toksyczne wykazujące powinowactwo do górnych dróg oddechowych (czynniki dobrze rozpuszczalne w wodzie) objawy kliniczne ze strony dróg oddechowych występują natychmiast po ekspozycji. Do najczęściej zgłaszanych objawów przez osoby ekspozowane na gazy dobrze rozpuszczalne w wodzie należą: dolegliwości ze strony spojówek oraz śluzówek nosa. Narażenie na wysokie stężenie gazu drażniącego osób z już istniejącymi chorobami układu oddechowego może powodować nasilenie duszności, obrzęk głośni, krwioplucie oraz wzmożone wydzielania śluzu w drzewie oskrzelowym. W przypadku narażenia drogą inhalacyjną na substancje toksyczne wykazujące działanie drażniące na oskrzeliki i pęcherzyki płucne (tlenki azotu, ozon, fosgen) objawy kliniczne są zazwyczaj nieobecne w ciągu pierwszych godzin po narażeniu.

## **Astma oskrzelowa wywołana przez substancje drażniące – wytyczne Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej**

Marta Wiszniewska

Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Termin astma oskrzelowa wywołana przez substancje drażniące [irritant-induced (occupational) asthma, IIA] obejmuje różne klinicznie formy astmy związanej z ekspozycją na czynniki drażniące w miejscu pracy. Panel ekspertów z Occupational Allergy Interest Group działającej w strukturach Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej opracował dokument dotyczący IIA, podsumowujący dostępną wiedzę obejmującą rodzaje fenotypów i klasyfikacje astmy wywołanej przez czynniki o działaniu drażniącym, dane dotyczące epidemiologii, patogenezę oraz kryteria diagnostyczne i postępowanie w poszczególnych typach IIA.

Zaproponowano kliniczną klasyfikację astmy wywołanej przez czynniki o działaniu drażniącym opartą na symptomatologii i rodzaju ekspozycji będącej przyczyną IIA, a także na dostępnych danych potwierdzających związek pomiędzy ekspozycją zawodową na czynniki drażniące i powstaniem astmy w indywidualnych przypadkach. Związek przyczynowy jest niekwestionowany w przypadku udokumentowanego narażenia na wysokie stężenia czynników drażniących (acute-onset IIA) i określony jako „pewne” IIA. Astma, do której rozwoju doszło w wyniku wielokrotnego narażenia na wysokie stężenia czynników drażniących powinna być rozpatrywana w kategorii „prawdopodobne” IIA, natomiast przewlekłą ekspozycję na umiarkowane poziomy czynniki drażniących można rozpatrywać jako „możliwą” przyczynę IIA.

W prezentacji zostanie przedstawione podsumowanie zaproponowanych wytycznych ze szczególnym uwzględnieniem klasyfikacji, etiopatogenezy oraz metod prewencji w przypadku różnych fenotypów astmy wywołanej przez czynniki o działaniu drażniącym.

# Streszczenia wystąpień ustnych

ŁÓDZKIE DNI MEDYCyny PRACY

## Ochrona zdrowia psychicznego jako zadanie służby medycyny pracy

Dorota Merecz-Kot

Zakład Psychologii Pracy, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

W ciągu ostatnich dziesięcioleci niepokojąco rosną wskaźniki zaburzeń zdrowia psychicznego w wielu krajach. Między innymi wskazuje się na ciągle wzrastający poziom zapadalności na depresję, która jak się szacuje w roku 2030 będzie najbardziej powszechnym zaburzeniem zdrowia. Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wskazują w latach 1990-2009 na ponad 120% przyrost rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej i 51% w opiece stacjonarnej. W komunikacie CBOS pt. Zdrowie psychiczne Polaków, czytamy, że aż 70% ankietowanych uznaje, że warunki życia w Polsce są szkodliwe dla zdrowia psychicznego i zwiększają ryzyko rozwoju chorób psychicznych. Z badań realizowanych przez IPIŃ w ramach projektu EZOP obejmujących 10 000 respondentów w wieku 18–64 lat wynika, że co czwarty Polak w wieku produkcyjnym doświadczał w swoim życiu zaburzeń psychicznych. Aż 12% Polaków doświadczyło zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, (3 mln., z czego uzależnieni stanowią ponad 600 tysięcy). Blisko 10% mieszkańców Polski (2,5 mln.), cierpiało na zaburzenia nerwicowe, w tym fobie specyficzne, a prawie milion Polaków cierpiało na zaburzenia afektywne (depresja, dystymia, mania). Powyższe statystyki winny nas zmusić nie tylko do refleksji, ale i do konkretnych działań nastawionych na ochronę zdrowia psychicznego i promocję higieny psychicznej. Wydaje się, że służba medycyny pracy powinna stać się jednym z istotnych ogniw systemu ochrony zdrowia psychicznego i poprzez swoją aktywność w zakresie prewencji i profilaktyki zdrowotnej przyczynić się do zmniejszenia zapadalności na egzogenne postaci zaburzeń zdrowia psychicznego. SMP powinna wspierać pracowników i pracodawców w tworzeniu przyjaznych warunków pracy – wolnych od wypadków, nie skażonych nadmiernym stresem, agresją, mobbingiem czy molestowaniem seksualnym.

## **Służba medycyny pracy kluczowym elementem działań prozdrowotnych**

Jolanta Walusiak-Skorupa

Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

W Polsce służba medycyny pracy jest obecnie najczęściej w swoich działaniach nakierowana na badania profilaktyczne (wstępne, okresowe i kontrolne), podczas których pracownicy są badani wyłącznie pod kątem określenia występowania bądź braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy. Mimo że programy profilaktyczne i dodatkowe działania promujące zdrowie mogłyby stanowić część opieki profilaktycznej nad pracownikami, rzadko są podejmowane przez służbę medycyny pracy. Warto zwrócić uwagę, iż lekarz służby medycyny pracy jest lekarzem, do którego pacjent – osoba pracująca – przychodzi ze skierowaniem od pracodawcy, a nie wtedy, gdy pojawia się problem zdrowotny wymagający porady lub specjalistycznej pomocy. Dlatego lekarze sprawujący opiekę profilaktyczną nad pracownikiem – ze względu na to, że mają kontakt z każdym pacjentem, nawet tym nie zgłaszającym żadnych dolegliwości – stanowią idealną grupę do prowadzenia szeroko rozumianej prewencji chorób.

Istnieje zatem silna potrzeba podjęcia działań mających na celu zmianę podejścia do kwestii zdrowia pracownika – z tzw. „zawodowego”, w którym priorytetem są aspekty bezpośrednio związane z pracą, takie jak choroby zawodowe czy wypadki przy pracy na podejście typowe dla zdrowia publicznego, w którym zwraca się uwagę na wszystkie elementy zdrowia osoby pracującej w tym również profilaktykę.

Bardzo korzystne byłoby połączenie wysiłków pracodawcy i służby medycyny pracy na rzecz ochrony zdrowia pracujących.

Lekarz specjalista medycyny pracy powinien występować nie tylko w roli lekarza, ale również eksperta w relacji praca – zdrowie, we wszystkich jej aspektach: profilaktyki, diagnostyki i leczenia. Zarówno jako część zespołu interdyscyplinarnego, jak i pracując samodzielnie, powinien uczestniczyć we wspieraniu zdrowia osób pracujących w warunkach bezpiecznych i sprzyjających utrzymaniu dobrego stanu zdrowia.

## **Centra Kariery 50+ – innowacyjne wsparcie dla pracowników starszych zagrożonych utratą pracy**

Marta Kononowicz

PBS Sp. z o.o.

Wychodząc naprzeciw planom wydłużenia wieku emerytalnego oraz w odpowiedzi na potrzebę wypracowania innowacyjnych metod utrzymania aktywności zawodowej starszych pokoleń pracowników, sopocka firma badawcza PBS Spółka z o.o. realizowała od 1.07.2010 do 31.10.2012 innowacyjny projekt „Pracuję – rozwijam kompetencje, innowacyjny model wsparcia dla pracowników 50+”.

Przedsięwzięcie realizowane było w ramach POKL i było współfinansowane przez EFS.

Projekt ukierunkowany był na wypracowanie i przetestowanie nowatorskiego na rynku pracy modelu realizowania usług wspierających aktywność i rozwój zawodowy pracowników 50+, poprzez powołanie do działalności nowej instytucji - Centrum Kariery 50+ (CK50+).

Zgodnie z wypracowanym modelem, CK50+ oferuje zintegrowane wsparcie pracownikom 50+ poprzez specjalistyczne usługi doradczo-szkoleniowe z wykorzystaniem nowej metody poradnictwa zawodowego - Bilansu Kompetencji oraz instrumentu finansowego – Talonu Kariery. Zakres usług ukierunkowany jest na wzmacnianie konkurencyjności zawodowej starszych pracowników, zwiększanie ich atrakcyjności zawodowej, realizację działań profilaktycznych minimalizujących ryzyko ich wypadnięcia z rynku pracy.

Przewidziane formy i zakres indywidualnie dobranych usług doradczo-szkoleniowych oferowanych przez CK50+ to działania o charakterze:- świadomościowym (konsultacje doradcy zawodowego, analiza własnego potencjału, poznanie własnych kompetencji zawodowych, opracowanie rekomendacji i „planu działania”)- edukacyjnym (szkolenia zawodowe lub szkolenia dotyczące prowadzenia/zakładania własnej działalności gospodarczej)

- psychologiczno-zdrowotnym (treningi rozwoju osobistego, konsultacje prozdrowotne: fizjoterapeutyczne, gerontologiczne, psychologiczne, dietetyczne)- informacyjnym (konsultacje prawne związane z problematyką zatrudnienia i konsultacje dot. rynku pracy)

W chwili obecnej trwają prace związane przygotowaniem dodatkowego narzędzia – Bilansu Zdrowia dla pracowników 50+ oraz z włączeniem do modelu lekarzy medycyny pracy i psychologów.

## **Rola rehabilitacji w procesie pozytywnego starzenia się i utrzymania aktywności zawodowej i społecznej**

Anna Puzder<sup>1</sup>, Patrycja Krawczyk-Szulc<sup>2</sup>, Jolanta Kujawa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Rehabilitacji Medycznej, Uniwersytet Medyczny, Łódź

<sup>2</sup>Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Aktywność zawodowa i społeczna wywiera wpływ na całe życie człowieka, jednocześnie jej rola jest uzależniona od wielu cech charakteryzujących danego człowieka i kontekstu społecznego, w jakim żyje. Procesy starzenia się organizmu sprzyjają pierwotnej niepełnosprawności inwolucyjnej co skutkuje zmniejszeniem sprawności fizycznej, postępującą degradacją aktywności społecznej, zawodowej, towarzyskiej, rodzinnej. Zachowanie wysokiej aktywności fizycznej u seniorów stanowi jeden z czynników prognozujących dłuższe trwanie życia, umożliwia ludziom starszym utrzymanie autonomii i niezależności, przyczynia się do poprawy jakości życia. Zalecenia WHO dotyczące wysiłku fizycznego u seniorów to kontrolowana aktywność fizyczna zapobiegająca pogłębianiu się i powstawaniu wtórnej niepełnosprawności. Podkreśla się znaczenie identyfikacji strukturalnych i funkcjonalnych zmian (klasyfikacja ICF) w procesie starzenia się jako czynników ryzyka niepełnosprawności i zwiększania się potrzeb rehabilitacyjnych. Kompleksowa rehabilitacja jako proces medyczno-społeczny w osiągnięciu dobrostanu u seniorów z udziałem zespołu rehabilitacyjnego musi być całościowa. Wyzwania demograficzne, wielkie problemy geriatryczne (w tym zespół słabości) u pacjentów w wieku 65 plus wymagają długofalowych rozwiązań systemowych.

## **Czy służba medycyny pracy rzeczywiście uczestniczy w rehabilitacji zawodowej?**

Patrycja Krawczyk-Szulc

Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Rehabilitacja zawodowa z założenia dotyczy przede wszystkim osób niepełnosprawnych i ma na celu ułatwienie uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego, jednak rzadko kojarzona jest z działalnością służby medycyny pracy. Podstawę rehabilitacji zawodowej stanowią szkolenia zawodowe, poradnictwo zawodowe, pośrednictwo pracy, czyli przede wszystkim działania organizacyjne, szkoleniowe, edukacyjne i społeczne. Mówiąc o procesie rehabilitacji zawodowej w aspekcie medycznym wskazuje się jedynie na konieczność oceny zdolności do pracy, m.in. przez przeprowadzenie odpowiednich badań lekarskich, co wydaje się wskazywać na niedostrzeganie potencjału posiadanego przez służby medycyny pracy.

Ustawa o służbie medycyny pracy (Dz. U. Nr 04. 125, poz. 1317 ze zmianami) wskazuje między innymi, że „medycyna pracy jest właściwa do prowadzenia ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej uzasadnionej patologią zawodową”. Coraz więcej placówek, w tym głównie Wojewódzkie Ośrodki Medycyny Pracy, podejmuje realizację tego zadania, jednak jak wynika z badań ankietowych przeprowadzonych wśród 106 lekarzy medycyny pracy wykonujących badania profilaktyczne tylko 14% kieruje pacjentów na rehabilitację uzasadnioną patologią zawodową.

Małe zaangażowanie lekarzy medycyny pracy w cały system i proces rehabilitacji zawodowej wynika przede wszystkim z niedoceniienia zakresu i istotności wsparcia jaki może zaoferować służba medycyny pracy osobie niepełnosprawnej służba medycyny pracy. Ponadto istniejące rozwiązania systemowe często uniemożliwiają lekarzowi sprawującemu opiekę profilaktyczną nad pracownikami oferowania mu stałego wsparcia w procesie rehabilitacji zawodowej.

## **Ograniczenia zdolności do pracy u chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów**

Przemysław Markowski, Agnieszka Gajo, Patrycja Krawczyk-Szulc

Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, zapalną, immunologicznie zależną układową chorobą tkanki łącznej o nie do końca poznanej etiologii, która charakteryzuje się nieswoistym, symetrycznym zapaleniem stawów z występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych. W ciągu pierwszych 5 lat trwania choroby prowadzi u 40–50% chorych do niepełnosprawności. Ma charakter postępujący, przebiega z okresami zaostrzeń i remisji. Choroba może rozpocząć się w każdym wieku, ale najczęściej pierwsze objawy stwierdza się między 25 a 35 rokiem życia, natomiast największa zachorowalność występuje między 30 a 50 rokiem życia, czyli w okresie największej aktywności zawodowej.

U 90% chorych na RZS ograniczenie funkcji dotyczy ręki. Oznacza to zmniejszenie zakresu ruchów w stawach rąk, ograniczenie zdolności do wykonywania ruchów i czynności precyzyjnych, w tym z użyciem przedmiotów i narzędzi. Ograniczenia funkcjonalne zależą przede wszystkim od zakresu i stopnia uszkodzenia. Wydolność czynnościową można określić na podstawie klasyfikacji według Goftona. Począwszy od II stopnia wydolności czynnościowej pojawia się ból oraz ograniczenia ruchomości uniemożliwiające wykonywanie ruchów precyzyjnych.

Rozważając możliwości wykonywania pracy zawodowej przez osobę chorą na RZS należy przede wszystkim określić ewentualne przeciwwskazania zdrowotne. Wykonywanie prac manualnych, angażujących np. stawy rąk nie są przeciwwskazane u tych osób. Odpowiednia organizacja pracy umożliwia wykonywanie czynności zawodowych i często wspomaga proces rehabilitacji medycznej. Należy częściej przeprowadzać badania okresowe u tych chorych ze względu na przewlekły przebieg choroby.

Współczesne metody obrazowania pozwalają na wczesne wykrywanie i monitorowanie przebiegu choroby i jak najszybsze włączenie farmakoterapii oraz fizjoterapii. Umożliwia to chorym w stopniu I i II wg Goftona utrzymanie jak najdłuższej zdolności do pracy.



## **Projekt e-CAPACIT8 szansą wzrostu kompetencji profesjonalistów w zakresie ochrony zdrowia starszych pracowników**

Piotr Sakowski, Maciej Dobras

Zakład Polityki Zdrowotnej, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

W lutym 2013 roku rozpoczęła się realizacja projektu „Strengthening occupational health professionals' capacities to improve the health of the ageing workforces” ( e-CAPACIT8), który otrzymał dofinansowanie z Unii Europejskiej w ramach Programu Zdrowie. Jest on realizowany przez międzynarodowe konsorcjum koordynowane przez IMP w Łodzi.

Starzenie się osób pracujących jest problemem wielu państw UE. Europejskie realia są takie, że większość pracowników i pracodawców wkrótce zda sobie sprawę z tego, że pozostanie na rynku pracy niesie ze sobą więcej korzyści niż wcześniejsze przejście na emeryturę. Ze względu na doświadczenie i kwalifikacje zawodowe, osoby w wieku około pięćdziesięciu lat coraz częściej uważane są za najbardziej wartościowe w miejscu pracy. Naturalnym jest, że z upływem lat każda osoba odczuwa pewne dolegliwości zdrowotne. Na ogół są one następstwami długotrwałego narażenia na czynniki ryzyka, spośród których wiele znajduje się w środowisku pracy. Wielu dolegliwościom można zapobiec, zaś uciążliwość innych można z powodzeniem zmniejszyć lub przynajmniej kontrolować np. poprzez odpowiednie inwestycje w środowisku pracy lub z pomocą specjalistów z zakresu ochrony zdrowia pracujących (SOZP). Obecnie zdrowie starszych pracowników jest umacniane głównie poprzez poprawę warunków pracy, natomiast równolegle nie poszerza się oferty ponadprogramowych szkoleń dla SOZP. Tym samym ich potencjał pozostaje niewykorzystany w pełni, a dostępność stosownych materiałów edukacyjnych ograniczona.

Projekt e-CAPACIT8 stanowi odpowiedź na widoczną potrzebę usystematyzowania i uzupełnienia wiedzy na temat tego, czy i w jakim stopniu aktualne programy kształcenia SOZP uwzględniają kwestię umacniania zdrowia starszych pracowników. Jednocześnie jego najważniejszym rezultatem będzie stworzenie i udostępnienie platformy e-learningowej z materiałami edukacyjnymi dla SOZP poświęconymi wspomnianej problematyce.

## **Obustronna niestabilność nerwów łokciowych na poziomie stawu łokciowego ze współistniejącą neuropatią nerwu łokciowego lewego u osoby pracującej zawodowo z użyciem komputera – prezentacja przypadku**

Magdalena Lewańska

Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Niestabilność – zwichnięcie nerwu łokciowego na poziomie stawu łokciowego szacowana jest w przedziale 2 do 37%, ale pełne przemieszczenie-dyslokacja nerwu poza nadkłykieć przyśrodkowy kości ramiennej jest stosunkowo rzadko obserwowane. Przedstawiono przypadek pacjentki z obustronną idiopatyczną niestabilnością nerwu łokciowego na wysokości stawu łokciowego. Świadomość powyższej anomalii anatomicznej zaistniała u pacjentki z chwilą wystąpienia objawów uszkodzenia nerwu łokciowego lewego w rowku, powstałego wskutek ekspozycji zawodowej na stanowisku niespełniającym wymogów ergonomii pracy. Podkreślić należy istotność wnikliwego badania przedmiotowego i wczesnego rozpoznania jakiegokolwiek formy niestabilności (podwichnięcia, czy pełnego zwichnięcia – dyslokacji) nerwu łokciowego poza jego rowek.

Kluczowym jest uświadomienie tego faktu pacjentowi wraz z edukacją zachowań i zasad ergonomii pracy zmniejszających ryzyko traumatyzacji, szczególnie eksponowanego na uszkodzenie nerwu łokciowego.

## **Gruźlica płuc pochodzenia zawodowego u pracownika domu pogrzebowego – opis przypadku**

Anna Witkowska, Marta Wiszniewska, Anna Krakowiak, Jolanta Walusiak-Skorupa

Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

W Polsce współczynnik zapadalności na gruźlicę jest wyższy niż średnia dla krajów Unii Europejskiej, Norwegii czy też Islandii, natomiast gruźlica pochodzenia zawodowego jest w naszym kraju rzadko rozpoznawana. Zostanie zaprezentowany pierwszy w Polsce przypadek rozpoznanej gruźlicy płuc pochodzenia zawodowego u pracownika domu pogrzebowego. Pacjent pracował w Zakładzie Usług Pogrzebowych w narażeniu na czynniki biologiczne, m.in. prątki gruźlicy. Odbierał zwłoki pacjentów z Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy. Sześcioro z nich zmarło z rozpoznaniem gruźlicy układu oddechowego.

Gruźlica płuc pochodzenia zawodowego u pracowników zakładów pogrzebowych nie jest zjawiskiem częstym. Najczęściej tą chorobę zawodową odnotowywano u pracowników służby zdrowia, jako drugą w kolejności po wirusowym zapaleniu wątroby typu B i C. Rozpoznanie etiologii zawodowej omawianej choroby stwarzało wiele problemów diagnostycznych i stało się możliwe po wnikliwej analizie historii choroby pacjenta oraz dostępnego piśmiennictwa, co umożliwiło wykazanie związku pomiędzy zakażeniem a wykonywaną pracą. Uznano, że przenoszenie ciała i obchodzenie się ze zwłokami podczas przeprowadzania toalety pośmiertnej może powodować wydalenie zalegającego w płucach powietrza resztkowego i generować potencjalnie zakaźne aerozole. Ekspozycja może występować także podczas wydostawania się płynów ustrojowych z nosa i ust zwłok, w związku z gromadzeniem się płynu w klatce piersiowej oraz gniciem tkanek i narządów. Ponadto skurcze mięśni mogą doprowadzić do oczyszczania płuc i uwolnienia zalegających pęcherzyków powietrza z dróg oddechowych przez nos i usta. Fakt zwiększonego ryzyka nabycia gruźlicy w omawianej grupie zawodowej potęguje to, że prątki gruźlicy mogą pozostać żywotne po śmierci pacjenta w ok. 65% przypadków, nawet do 36 dni po śmierci pacjenta. Pomimo częstego występowania gruźlicy w populacji ogólnej, rozpoznawanie przypadków zawodowych tej choroby nadal pozostaje rzadkie, szczególnie wśród pracowników domów pogrzebowych.

## Ogólne zasady dobrej praktyki w opiece profilaktycznej

Jolanta Walusiak-Skorupa<sup>1</sup>, Marcin Rybacki<sup>1</sup>, Patrycja Krawczyk-Szulc<sup>1</sup>, Andrzej Marcinkiewicz<sup>2</sup>, Marta Wiszniewska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

<sup>2</sup> Zakład Epidemiologii Środowiskowej, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie i wynosi ok. 14%. Dane z badania aktywności ekonomicznej ludności wskazują, że około 25,9% niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym jest aktywnych zawodowo. Jednocześnie służba medycyny pracy odgrywa istotną rolę w procesie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Istnienie barier w ich zatrudnianiu na tym poziomie w dużym stopniu wynika z braku wytycznych i dostatecznej wiedzy w tym zakresie.

Opracowanie zasad dobrej praktyki miało na celu zwiększenie szans osób niepełnosprawnych na zatrudnienie poprzez odpowiednie przygotowanie służby medycyny pracy do sprawowania opieki profilaktycznej nad tymi osobami.

Ponadto, potrzeba stworzenia zasad i standardów postępowania podczas badania mającego na celu określenie zdolności do pracy osób niepełnosprawnych wynikała z konieczności ujednolicenia postępowania z pacjentem – pracownikiem niepełnosprawnym. Było to podyktowane m.in. obowiązkiem poszanowania praw osób niepełnosprawnych również w postępowaniu lekarskim. W związku z tym celowe stało się stworzenie wytycznych, które stałyby się zbiorem zasad – dobrych praktyk zalecanych podczas badania podmiotowego, przedmiotowego oraz postępowania orzeczniczego w trakcie badań profilaktycznych pracowników niepełnosprawnych.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że wprowadzanie rekomendacji postępowania w praktyce orzeczniczej nie ma na celu ograniczania swobody lekarza w podejmowaniu końcowej decyzji – wręcz przeciwnie, prawidłowo opracowane wytyczne będą niewątpliwie pomocne w procesie orzekania o zdolności do pracy osób niepełnosprawnych. Zaproponowane zalecenia ujęte jako „dobre praktyki postępowania orzeczniczego” stanowią zbiór najważniejszych znanych obecnie sposobów postępowania z pracownikiem niepełnosprawnym, ujednolicających i tworzących standard postępowania diagnostycznego, profilaktycznego i orzeczniczego w stosunku do tych pracowników, a przez to zapewnią wysoką jakość świadczeń lekarsko-orzeczniczych.

## **Opis przypadku gorączki krwotocznej zgłoszonej jako choroba zawodowa**

Katarzyna Skręt, Judyta Tomasik-Homicka

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Rzeszowie

Celem pracy jest przedstawienie przypadku gorączki krwotocznej z zespołem nerkowym HFRS rozpatrywanej w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Rzeszowie jako choroba zawodowa. 34 letnia animatorka kultury (świeclicowa) zatrudniona w Świeclicy Wiejskiej w Hruszowicach, została skierowana do Ośrodka przez pracodawcę. W trakcie wykonywania pracy zawodowej poza obowiązkami dydaktycznymi była również odpowiedzialna za utrzymanie czystości w pomieszczeniach świeclicy i placu przy świeclicy. Wykonując prace porządkowe miała bezpośredni kontakt z odchodami i wydalaminami gryzoni- mysz polna (*Apodemus agrarius*). Mysz polna jest rezerwuarem wirusa Hanta należącego do rodziny Bunyviridae. Wirus wydalany jest z moczem, kałem i śliną gryzoni, zakażenie szerzy się drogą wziewną zarówno wśród zwierząt jak i ludzi. Dodatkowo w okresie jesiennym 2013 roku zostały przeprowadzone prace remontowe w budynku polegające na wymianie starej podłogi drewnianej na betonową. Po około 2 tygodniach od wspomnianego demontażu wystąpiły objawy ostrej infekcji z gorączką do 40 stopni Celsjusza, objawami grypopodobnymi, obrzękami obwodowych kończyn dolnych oraz rumieniem na twarzy. Objawom tym towarzyszyły cechy ostrej niewydolności nerek, potwierdzone biochemicznie. Rozpoznanie postawiono na podstawie objawów klinicznych oraz dodatnich wyników badań serologicznych wykrywających swoiste przeciwciała w klasie IgM i IgG w odczynie hemaglutynacji. Zastosowano leczenie objawowe głównie wyrównawczo-upełniające, mające na celu utrzymanie prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi przy jednoczesnym stosowaniu preparatów moczopędnych i elektrolitów.

## **Standardy postępowania orzeczniczego u pracowników chorych na cukrzycę**

Andrzej Marcinkiewicz<sup>1</sup>, Dorota Szosland<sup>1</sup>, Marcin Rybacki<sup>2</sup>, Marta Wiszniewska<sup>2</sup>,  
Jolanta Walusiak-Skorupa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Epidemiologii Środowiskowej, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

W standardach orzecznicznych wobec pracowników z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej określono zasady postępowania lekarskiego i wydawania decyzji o braku lub istnieniu przeciwwskazań do pracy u osób z nowo rozpoznaną cukrzycą oraz u osób już chorujących na cukrzycę.

Założono potrzebę zapewnienia indywidualnej oceny chorego, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka wystąpienia hipoglikemii, wyrównania metabolicznego, stopnia zaawansowania i dynamiki przewlekłych powikłań, a także poziomu świadomości zdrowotnej chorego.

Za kluczowy przyjęto podział na dwie kategorie wymagań zdrowotnych: wyższą – związaną z kwalifikacją do prac wymagających pełnej sprawności psychoruchowej, których wykonywanie wiąże się z bezpieczeństwem samego pracownika i jego otoczenia oraz niższą – dotyczącą wymagań na stanowiska pracy charakteryzujące się czynnikami szkodliwymi i uciążliwościami, które mogą niekorzystnie wpływać na przebieg cukrzycy.

Opracowano zasady diagnostyki laboratoryjnej, zasady komunikacji z lekarzem prowadzącym cukrzycę, wskazania do konsultacji diabetologicznej oraz wytyczne do decyzji orzeczniczej, w tym bezwzględne i względne przeciwwskazania do pracy na stanowiskach związanych z wyższymi i niższymi wymaganiami zdrowotnymi. Przygotowane zostały także wzory kart konsultacyjnych dla lekarza prowadzącego chorego na cukrzycę oraz dla diabetologa.

## **Współistnienie objawów alergicznego zapalenia spojówek i nieżytu nosa wśród pacjentów z podejrzeniem alergii zawodowej**

Diana Tymoszuk, Marta Wiszniewska, Jolanta Walusiak-Skorupa

Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

**Założenia:** Objawy ze strony spojówek często występują w przebiegu alergicznego nieżytu nosa, co określane jest terminem „rhinoconjunctivitis”. Ocenia się, że współistnieją one w 50–70% przypadkach alergicznego nieżytu nosa (ANN). Proces diagnostyczny zawodowego alergicznego zapalenia spojówek z jednej strony powinien wykryć wszystkie przypadki alergii zawodowej i jednocześnie wykluczyć przypadki fałszywie dodatnie będące wynikiem nieswoistego działania ekspozycji zawodowej.

**Cele:** Celem badania jest ustalenie uwarunkowań współwystępowania alergicznego zapalenia spojówek u osób z ANN pochodzenia zawodowego, ocena częstości występowania objawów spojówkowych podczas swoistej prowokacji wziewnej (SICT) z alergenami zawodowymi oraz ustalenie zależności między obecnością i nasileniem objawów a rodzajem alergenu.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto grupę 105 pacjentów z podejrzeniem alergicznego nieżytu nosa pochodzenia zawodowego (narażonych na alergeny o małej i dużej masie cząsteczkowej), u których przeprowadzono badanie kwestionariuszowe, testy alergologiczne (punktowe testy skórne (PTS), oznaczenie poziomu sIgE) oraz SICT z alergenami środowiska pracy ocenianą na podstawie objawów klinicznych i badania cytologicznego popłuczyn nosowych i łez.

**Wyniki:** 97(92,4%) osób zgłaszało objawy ANN, a 94(89,5%) objawy spojówkowe. Wszystkie osoby podawały nasilenie objawów w pracy, w tym 84(80%) osoby w związku z narażeniem na alergeny o dużej m.cz. Dodatkowo wyniki PTS z alergenami zawodowymi wykazano u 51(48,6%) osób, w tym o dużej i małej m.cz. odpowiednio 48(57,1%) i 3(14,3%). Obecność sIgE w surowicy dla alergenów zawodowych potwierdzono u 50(59,5%) osób narażonych na alergeny o dużej i 3(14,3%) o małej m.cz. W badaniu cytologicznym popłuczyn nosowych wzrost odsetka eozynofiliów stwierdzono u 39(46,4%) i 7(33,3%), natomiast w łzach u 44(52,4%) i 8(38,1%) osób narażonych odpowiednio na alergeny o dużej i małej m.cz. Jednoczasowy wzrost odsetka eozynofiliów w popłuczynach nosowych i łzach stwierdzono u 34(40,5%) i 5(23,8%) osób narażonych na alergeny o dużej i małej m.cz.

**Wnioski:** SICT indukuje reakcję ze strony górnych dróg oddechowych oraz spojówek, co znajduje odzwierciedlenie w badaniu przedmiotowym i w badaniu cytologicznym popłuczyn nosowych i łez. Zawodowy ANN jest rozpoznawany u ponad połowy osób zgłaszających objawy ze strony górnych dróg oddechowych, a wśród nich u niemal 1/3 stwierdza się również wzrost odsetka eozynofiliów we łzach. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w częstości napływu eozynofiliów w badaniu popłuczyn nosowych i łez po SICT pomiędzy osobami narażonymi na aler5eny o dużej i małej m.cz.

## Zagrożenia zdrowia w służbie ratownika górniczego

Renata Złotkowska<sup>1</sup>, Anna Mroczek<sup>1</sup>, Ewa Zbrojkiewicz<sup>1</sup>, Teresa Bilewicz-Wyrozumaska<sup>1</sup>,  
Mariusz Kuś<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Społecznej i Profilaktyki, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu,  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>2</sup> Centralna Stacja Ratownictwa Górniczego w Bytomiu SA, NZOZ Cen-Med. Bytom

Służba ratownika górniczego wiąże się z zapobieganiem lub usuwaniem skutków pożarów, wybuchów (gazów, pyłu kopalnianego), wyrzutów gazów i skał, tąpnięć, zawałów skał lub gwałtownych wdarć wody do wyrobisk górniczych. Ratownicy górniczy w Polsce działają w ramach Centralnej Stacji Ratownictwa Górniczego (CSRG) S.A. z siedzibą w Bytomiu, która dyżurującymi przez całą dobę zastępami oraz specjalistycznym wspomaga prowadzenie akcji przez kopalniane zastępy ratownicze. Prócz zagrożeń związanych z czynnikami niebezpiecznymi i przeciążeniem psychofizycznym, ratownik górniczy w trakcie działań ratowniczych narażony jest często na szkodliwe działanie mikroklimatu gorącego. Ratownicy górniczy podlegają opiece profilaktycznej, zgodnie z Kodeksem Pracy i równocześnie zgodnie z prawnymi uregulowaniami branżowymi. Konsekwencją tych ostatnich są badania kwalifikacyjne, które przeprowadzane są nie rzadziej niż 12 miesięcy. Istotnymi elementami badań kwalifikacyjnych są badanie wydolności fizycznej oraz badanie tolerancji gorąca w komorze klimatycznej. Badanie w komorze klimatycznej jest etapem, w którym warunki klimatyczne są jak najbardziej zbliżone do warunków panujących w podziemnych wyrobiskach w czasie akcji ratowniczych. Orzekanie o zdolności do służby w ratownictwie górniczym podlega ścisłym kryteriom, opracowanym dla tej grupy zawodowej. Zawód ratownika górniczego jest więc zawodem wymagającym szczególnych predyspozycji fizycznych oraz psychicznych, dlatego ta grupa zawodowa wymaga pogłębionych działań w zakresie profilaktyki medycznej.



## **Problemy zdrowotne osób zatrudnionych w salonach kosmetycznych**

Marta Kieć-Świerczyńska, Dorota Chomiczewska-Skóra, Dominika Świerczyńska-Machura,  
Beata Kręcisz

Klinika Alergologii i Zdrowia Środowiskowego, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Obraz chorób skóry i układu oddechowego, wynikających z pracy i zaostrzających się pod wpływem środowiska zawodowego, ulega ciągłym zmianom. Unowocześnienie technologii, mechanizacja, automatyzacja i hermetyzacja procesów produkcyjnych, a także wprowadzenie skutecznych środków prewencji ogólnej i osobistej, spowodowały w ostatnich latach zmniejszenie liczby schorzeń związanych z pracą w dużych zakładach przemysłowych i w budownictwie. Obecnie choroby zawodowe skóry i układu oddechowego rozpoznaje się najczęściej w małych zakładach produkcyjnych i usługowych.

W salonach kosmetycznych zatrudnione są kosmetyczki, manikiurzystki i pedikiurzystki. Często te same osoby wykonują zamiennie różne usługi. Stykają się z wieloma barwnikami, środkami zapachowymi, metalami, woskami, akrylanami, żywicami formaldehydowymi, poliestrami, różnego rodzaju plastyfikatorami (kamfora, ftalany), rozpuszczalnikami organicznymi – istotnymi czynnikami etiologicznymi chorób skóry i układu oddechowego. Wszystkie te czynniki działają przede wszystkim drażniąco i alergizująco. Część pracownic nie stosuje żadnych środków ochrony skóry, część zaś przez wiele godzin wykonuje swą pracę w rękawiczkach lateksowych. Długoterminowy lub częsty kontakt z wodą a w szczególności z wodą i środkami czystości, preparatami odkażającymi, rozpuszczalnikami a także stosowanie nieprzepuszczalnych rękawic ochronnych prowadzi do uszkodzenia płaszcza lipidowego i warstwy rogowej naskórka, ułatwia rozwój infekcji, nasila działanie drażniące wielu substancji, a także sprzyja penetracji związków chemicznych prowadząc do alergizacji. W konsekwencji dochodzi do rozwoju przewlekłego kontaktowego zapalenia skóry z podrażnienia bądź z uczulenia. Środowisko zawodowe tych pracowników powoduje objawy podrażnienia śluzówek górnych dróg oddechowych, niekiedy również objawy astmy. U pracownic salonów kosmetycznych stwierdzano częstsze występowanie raków piersi, płuc, tarczycy, nowotworów skóry, białaczek i raków jajnika.

## **Narząd wzroku w pułapce cywilizacji**

Alicja Pas-Wyroślak

Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Stanowiska pracy i wymagania stawiane pracownikom w ostatnich 20 latach uległy diametralnym zmianom. Niewątpliwie zwiększyło się bezpieczeństwo pracy w związku ze znacznym ograniczeniem lub zmniejszeniem czynników szkodliwych dla organizmu. Zwrócono uwagę, aby stanowiska stały się bardziej ergonomiczne dla pracownika, jednak nacisk na wielozadaniowość pracy, intensyfikacja i mikronizacja doprowadziły do zwiększenia intensywności pracy wzrokowej co skutkuje nasileniem objawów dyskomfortu ze strony oczu.

## **Epidemia alergii kontaktowej na metyloizotiazolinon**

Beata Kręcisz, Dorota Chomiczewska-Skóra, Marta Kieć-Świerczyńska

Pracownia Dermatologii, Klinika Alergologii i Zdrowia Środowiskowego,  
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

W ostatnich latach niepokój budzi znaczny wzrost częstości uczuleń spowodowany metyloizotiazolinonem (MI) – szeroko stosowanym jako środek konserwujący między innymi w kosmetykach, farbách budowlanych, klejach do tapet.

**Celem** naszej pracy było określenie częstości uczuleń na MI w grupie kolejnych pacjentów diagnozowanych z powodu kontaktowego zapalenia skóry.

**Materiał i metody:** Grupę badaną stanowiły 203 osoby, w tym 113 kobiet i 90 mężczyzn. We wszystkich przeprowadzono testy płatkowe zawierające 0,02% MI. (Chemotechnique Diagnostics). Wyniki odczytywano po 48 i 96 godz. zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Grupy Badającej Wyprysk Kontaktowy.

**Wyniki:** Dodatnie wyniki testów płatkowych stwierdzono u 4,4% ogółu badanych, w tym u 6,2% kobiet i 2,2% mężczyzn.

**Wnioski** Uzyskane wyniki wskazują, że metyloizotiazolinon należy do istotnych czynników alergicznego kontaktowego zapalenia skóry, w tym o etiologii zawodowej. Konserwant ten może być nawet przyczyną powietrzno pochodnego zapalenia skóry, zwłaszcza u malarzy budowlanych. Wysoki odsetek stwierdzonych uczuleń wskazuje na konieczność włączenia MI do przesiewowej serii testów płatkowych.

## Realia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami w Polsce

Jerzy A. Kopias

Zakład Polityki Zdrowotnej, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

**Wstęp:** Funkcjonujący w Polsce od blisko szesnastu lat system profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami jest ostatnio, jak nigdy wcześniej, kontestowany. Dotyczy to zarówno rozwiązań zawartych w warstwie legislacyjnej systemu, jak i sfery wykonawczej, w której podstawową rolę odgrywają pracodawcy oraz służba medycyny pracy. Normy zawarte w odpowiednich ustawach i wydanych na ich podstawie rozporządzeniach nie są respektowane przez znaczną część głównych graczy.

**Celem pracy** jest ocena zasadności krytycznych konstatacji, jakie pojawiają się w dyskusjach na temat realizowanej w Polsce profilaktyki zdrowia pracowników.

**Materiały i metoda:** Analiza danych statystycznych oraz wyników kontroli prowadzonych przez Państwową Inspekcję Pracy.

**Wyniki i wnioski:** Z szacunków dokonanych zarówno w oparciu o materiały własne IMP w Łodzi, jak i danych pozyskanych od Głównego Inspektoratu Pracy wynika, że skala zaniedbań w realizowaniu przez pracodawców zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami jest ogromna. Nieprawidłowości w zakresie poddawania pracowników badaniom wstępnym inspektorzy PIP stwierdzali w roku 2013 u blisko 46% pracodawców. Szacunki IMP wskazują, że nieprawidłowości w zakresie realizacji przez pracodawców obowiązku zapewnienia profilaktycznych badań pracownikom, mogą dotyczyć znacznie większego odsetka pracodawców. Wiele nieprawidłowości w realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej nad pracownikami występuje też po stronie jednostek służby medycyny pracy, które zaniedbują wykonywanie szeregu obowiązków zapisanych m.in. w ustawie o służbie medycyny pracy. Na niedomagania w realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami w Polsce składają się postawy obu głównych graczy – zarówno pracodawców, jak i służby medycyny pracy. System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami wymaga gruntownej rewizji.

## **Sytuacja zdrowotna kierowców z terenu woj. świętokrzyskiego prowadzących pojazdy po spożyciu alkoholu – prezentacja wyników badań własnych**

Ewa Latała-Łoś

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach

**Wprowadzenie:** W wielu krajach, do których należy również Polska, problemem jest nieodpowiedzialne spożywanie alkoholu bądź innych substancji o działaniu psychoaktywnym, w parze z prowadzeniem pojazdów, co może doprowadzić do groźnych konsekwencji, np. wypadków drogowych. W 2012 roku nietrzeźwi uczestnicy ruchu byli sprawcami 3 407 wypadków (9,2% ogółu), w których zginęło 475 osób (13,3%), a rannych zostało 4 071 osób (8,9%). W grupie nietrzeźwych kierujących największe zagrożenie w ruchu drogowym stanowili kierowcy samochodów osobowych, którzy spowodowali 1 742 wypadki. Biorąc pod uwagę policyjne statystyki oraz praktykę medyczną wydaje się istotne, zarówno z naukowego jak i orzeczniczego punktu widzenia, podjęcie próby oceny stanu zdrowia populacji kierowców prowadzących pojazdy po spożyciu alkoholu.

**Celem pracy** jest przedstawienie sytuacji zdrowotnej populacji kierowców z terenu województwa świętokrzyskiego, zgłaszających się na badania lekarskie i psychologiczne do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Kielcach.

**Materiał i metody:** Przeanalizowano dokumentację medyczną 5701 osób badanych w WOMP z uwagi na prowadzenie pojazdów po spożyciu alkoholu. Analizę uzyskanych wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. 1.4.2.324.

**Wyniki:** Największy odsetek badanych stanowili mężczyźni w wieku od 21–30 lat. W kolejnych latach trwania obserwacji odnotowano istotny trend wzrostowy udziału kobiet, które jednak stanowiły jedynie 1,35–2,96% badanej populacji. Największy odsetek przypadła na mieszkańców wsi w 2004 – aż 80,15%, w 2011 r. – 70,01%. Stwierdzono wysoce istotną ( $p=0,0001$ ) zależność między występowaniem zaburzeń psychicznych, chorób narządu wzroku i słuchu ( $p<0,0001$ ) a wiekiem. W grupie mężczyzn prowadzących pojazdy po spożyciu alkoholu oceniane parametry biochemiczne krwi częściej niż u kobiet przekraczają normę. Odnotowano istotny trend wzrostowy w kolejnych latach dotyczący wydawania terminowych orzeczeń lekarskich i psychologicznych oraz orzeczeń lekarskich o istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do prowadzenia pojazdów.

**Wnioski:** Stan zdrowia kierowców spełnia w 93% wymagane kryteria orzecznicze konieczne do uzyskania prawa jazdy. Badania przyczyniły się do wykrycia w badanej grupie kierowców wielu schorzeń, w tym u 3,8 % zespołu zależności alkoholowej, u 20,9% problemów okulistycznych oraz u 5% innych (poza ZZA) zaburzeń psychicznych. Utrata prawa jazdy może stać się istotnym czynnikiem motywującym kierowców do podjęcia leczenia. Wskazane jest opracowanie karty konsultacyjnej wypełnianej dla potrzeb lekarza uprawnionego do badań kierowców przez leczącego psychiatrę w przypadku podejrzenia zaburzeń psychicznych, w tym także zespołu uzależnienia od alkoholu.

## **Zdolność do kierowania pojazdami osoby z niepełnosprawnością rąk – prezentacja przypadku**

Marcin Rybacki<sup>1</sup>, Marcin Kosobudzki<sup>2</sup>, Zbigniew Józwiak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

<sup>2</sup>Zakład Fizjologii Pracy i Ergonomii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Zgodnie z obowiązującymi w Polsce regulacjami prawnymi, osoba niepełnosprawna pod względem fizycznym może być kierującym pojazdem, jeżeli uzyskała orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem. W praktyce okazuje się, że ustalenie zdolności osoby niepełnosprawnej do kierowania pojazdami jest znacznie utrudnione, gdyż lekarz przeprowadzający badanie lekarskie nie jest w stanie szczegółowo określić, na ile stwierdzona niepełnosprawność będzie powodem trudności w kierowaniu pojazdem, stanowiącymi zagrożenie dla samego kierowcy jak i innych uczestników ruchu drogowego. Tymczasem to na lekarzu spoczywa obowiązek określenia w orzeczeniu lekarskim wynikających ze stanu zdrowia ograniczeń w zakresie specjalnych wymagań wobec osoby kierującej pojazdem czy pojazdów (ich wyposażenia, oznakowania lub przystosowania), którymi może kierować osoba badana.

W prezentacji zostanie przedstawiony opis przypadku 44-letniego mężczyzny, po operacji całkowitej amputacji wszystkich palców obu rąk. Ze względu na upośledzenie chwytności obu rąk, oprócz badania lekarskiego i psychologicznego, został on także poddany ocenie zdolności do kierowania pojazdami, polegającej na wykonaniu ćwiczeń na symulatorze jazdy (autokar 12M Autosan).

Zespół oceniający pacjenta nie stwierdził, by w trakcie symulacji jazdy opiniowany popełnił jakiegokolwiek rażące błędy. Brak palców nie stanowił przeszkody w bezpiecznym kierowaniu autem, w szczególności nie stwierdzono, by nie mógł on utrzymać kierownicy i nią kręcić czy zmieniać przełożeń skrzyni biegów.

Wnioski: Symulator jazdy jest pomocnym narzędziem w ocenie zdolności do kierowania pojazdami, gdyż pozwala lekarzowi orientacyjnie określić, jak dany rodzaj upośledzenia narządu ruchu wpływa na bezpieczne kierowanie pojazdami silnikowymi. Konieczne jest jednak ustalenie standardów samego badania na symulatorze jazdy jak i interpretacji uzyskanych wyników.

## Portal Medycyna Pracy źródłem informacji dla pracowników służby medycyny pracy

Jacek Parszuto

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku

Portal „Medycyna Pracy” stworzony został z myślą o osobach wykonujących wielodyscyplinarne zadania służby medycyny pracy, a więc przede wszystkim przeznaczony jest dla lekarzy, pielęgniarek, psychologów oraz pracowników służb BHP. Także pracodawcy i pacjenci znajdą tutaj praktyczne informacje z zakresu badań profilaktycznych. Pierwsze decyzje o zorganizowaniu zaplecza technicznego i merytorycznego zapadły na Podkarpackich Dniach Medycyny Pracy we wrześniu 2010 roku. W zamyśle autorów portal ma być platformą informacyjną, na której znajdą się aktualności z życia służby medycyny pracy w Polsce. Istotną cechą Portalu jest jego interaktywność tzn. aktywni użytkownicy Portalu mogą wpływać na zamieszczane w nim treści, poprzez swoje propozycje, zadawane ekspertom pytania lub udział w dyskusji na Portalu. W chwili obecnej Portal działa już 3,5 roku, w tym czasie stał się największym medium w naszej dziedzinie, docierając do wielu tysięcy użytkowników. Zespół redakcyjny tworzą osoby pełniące wiodącą rolę w strukturach służby medycyny pracy w Polsce. Członkowie redakcji wywodzą się z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, uniwersytetów medycznych, pełnią wysokie funkcje w strukturach Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy. Taki skład Zespołu zapewnia Portalowi wysoką wiarygodność oraz poziom merytoryczny zamieszczanych artykułów i wiadomości. Portal uzyskał patronat Zarządu Głównego PTMP oraz Konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny pracy. Wsparcie techniczne zapewnia Portalowi firma Softmedica Oprogramowanie Medyczne. Z biegiem czasu przybywa na portalu wiele użytecznych funkcjonalności; przepisy prawa prezentowane są w podziale na ponad 20 kategorii, można skorzystać z wyszukiwarek czynników szkodliwych i uciążliwych, substancji chemicznych i rakotwórczych, opisów zawodów i stanowisk, a także przydatnej każdemu lekarzowi wyszukiwarki leków refundowanych. Największym zainteresowaniem użytkowników cieszą się działy Aktualności (120 tys. odsłon), „Pytania i odpowiedzi ekspertów”(89 tys. odsłon), Prawo (69 tys. odsłon). Najwięcej pytań użytkowników dotyczy procedur badań kierowców i badań profilaktycznych. Chętni do odwiedzenia strony portalu znajdą tu również wiele artykułów, poradników i innych wiadomości przydatnych w codziennej pracy lekarzy, pielęgniarek i psychologów.

## **Kontrowersje w zakresie badań profilaktycznych marynarzy i rybaków w świetle Konwencji o pracy na morzu 2006**

Małgorzata Wójcik-Stasiak, Marcin Renke, Wojciech Wołyniec, Jacek Januszczuk

Klinika Chorób Zawodowych i Wewnętrznych IMMiT GUM-ed

20 sierpnia 2013r. weszła w życie, Konwencja o pracy na morzu, Maritime Labour Convention 2006. Konsoliduje i uaktualnia ona wiele międzynarodowych konwencji i zaleceń dotyczących pracy marynarzy. Stała się ona zatem czwartym filarem międzynarodowych regulacji, który w istotny sposób uzupełnia trzy kluczowe Konwencje Międzynarodowej Organizacji Morskiej (IMO) tj: Międzynarodową Konwencję o bezpieczeństwie życia na morzu (Konwencja SOLAS), Międzynarodową Konwencję o wymaganiach w zakresie wykształcenia Marynarzy, wydawania im świadectw oraz pełnienia wacht (Konwencja STCW) a także Międzynarodową Konwencję o zapobieganiu zanieczyszczeniu morza przez statki (Konwencja MARPOL). Zmienia ona również zasady wystawiania Międzynarodowych Świadectw Zdrowia dla marynarzy, które wydawane są przez uznanego przez kraj bandery lekarza. Maksymalny okres ważności świadectwa nie może przekraczać 2 lat a w przypadku, gdy marynarz ma mniej niż 18 lat, maksymalny okres ważności świadectwa wynosi jeden rok. Nowością jest również konieczność posiadania świadectwa o zdolności do rozpoznawania kolorów, które będzie ważne maksymalnie przez okres sześciu lat. Świadectwa zdrowia dla marynarzy zatrudnionych na statkach, odbywających podróże w żegludze międzynarodowej, muszą być sporządzone w języku polskim i angielskim.

Konwencja określa również iż każde świadectwo zdrowia będzie w szczególności stwierdzać, że:

(a) słuch i wzrok marynarza oraz jego zdolność do rozpoznawania kolorów w przypadku, gdy jego zdolność do pracy uzależniona jest od zdolności rozpoznawania kolorów, są wystarczająco dobre; oraz

(b) marynarz nie cierpi na dolegliwość, która podczas pobytu na morzu może ulec pogorszeniu lub uczynić go niezdolnym do służby lub narazić zdrowie innych osób na statku.

Szczegółowe wytyczne dotyczące badań zostały przez International Labour Organization i International Maritime Organization wydane w Guidelines on the medical examinations of seafarers ILO/IMO/JMS/2011\12. Niestety dokument ten nie został przetłumaczony na język polski, a jego interpretacja budzi wiele wątpliwości.



## **Przyczyny dysfonii u nauczycieli objętych Programem Ochrony Narządu Głosu „Dźwięk” w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Łodzi w latach 2007–2014**

Joanna Zimmer-Nowicka, Anna Ciesielczuk-Łuczywek, Ewa Morawska, Iwona Sobczak, Jacek Jakubowski

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy – Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi

**Wstęp:** Poznanie czynników warunkujących problemy głosowe pozwala na wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych i leczenia przyczynowego.

**Cel pracy:** Analiza przyczyn dysfonii w grupie 1107 nauczycieli objętych Programem Ochrony Narządu Głosu „Dźwięk” w latach 2007-2014.

**Materiał i Metody:** Badaniem objęto głównie nauczycieli (N=1063) w średnim wieku  $41,9 \pm 9,7$  lat w tym 969 kobiet i 138 mężczyzn. Badani pracowali głównie w szkołach podstawowych (n=409), gimnazjach (n=168) i przedszkolach (n=189).

Średni staż pracy wyniósł  $17,5 \pm 9,9$  lat a tygodniowe obciążenie głosowe  $25,4 \pm 7,6$  godziny. Papierosy nałogowo paliło 10% a okazjonalne spożywanie alkoholu podawało 34% badanych. Zaburzenia głosu zgłaszało w przebiegu pracy zawodowej aż 664 badanych (60%). Tylko 477 osób zauważało wpływ emocji na problemy głosowe. 150 osób skierowano na terapię psychologiczną. U zgłaszających się przeprowadzono badanie laryngologiczne a u 737 osób (66,6%) szczegółowe badanie foniatryczne, obejmujące ustalenie przyczyn dysfonii, jej nasilenia i zalecenie odpowiedniej terapii (w tym emisji głosu). Z jednorazowej porady logopedycznej skorzystało 107 badanych a z cyklu spotkań 349 osób. W ramach badań foniatrycznych wykonano analizę akustyczną i badanie wideolaryngostroboskopowe.

**Wyniki:** Jedynie u 20% nie stwierdzono istotnych odchyień w badaniu foniatrycznym, które mogłyby mieć niekorzystny wpływ na wydolność zawodową. Najczęściej stwierdzano dysfonię uwarunkowaną czynnikami konstytucjonalnymi o hiperfunkcyjnym patomechanizmie. Często stwierdzano niezgodność pomiędzy danymi z badania podmiotowego a badaniem fizykalnym. Nauczyciele nie potrafili odpowiednio opisywać problemów głosowych.

**Wnioski:** Większość zgłaszających się do badań w ramach programu profilaktycznego to osoby z problemami głosowymi. Dostęp do wysokospecjalistycznych badań foniatrycznych oferowanych w ramach programu pozwala na dokładną diagnostykę przyczyn zaburzeń głosowych i kwalifikowanie chorych do celowanego leczenia.

## Wybrane zachowania zdrowotne w grupie osób pracujących i ich uwarunkowania

Monika Szymocha

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach

**Wprowadzenie:** Sposób odżywiania odgrywa istotną rolę w zapobieganiu wielu schorzeniom, zwłaszcza chorobom układu krążenia. Główne błędy, które występują w diecie społeczeństw krajów rozwiniętych to nadmiar cukrów prostych i soli w diecie, zbyt mała podaż energii z węglowodanów złożonych, zbyt mała zawartość błonnika pokarmowego w diecie wynikająca z niedostatecznego spożycia warzyw i owoców oraz zbyt małe spożycie mleka. Do błędów żywieniowych już wymienionych dodać należy nieregularne spożywanie posiłków oraz ich niewłaściwe przygotowanie. Błędy popełniane w diecie skutkują występowaniem chorób tzw. dietozależnych, m.in. choroby wieńcowej, nadciśnienia, cukrzycy, otyłości.

**Cel:** Celem pracy było określenie modelu żywienia w grupie pracowników Kielc i powiatu kieleckiego oraz analiza wiedzy pracujących na temat czynników wpływających na zdrowie.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto losowo dobraną grupę osób pracujących na terenie Kielc i powiatu kieleckiego. Narzędziem badania był autorski kwestionariusz wywiadu, który dotyczył zachowań zdrowotnych w zakresie stylu życia. W analizie statystycznej wykorzystano test niezależności  $\chi^2$ , zależności między analizowanymi zmiennymi oceniono na poziomie istotności  $p < 0,05$ .

**Wyniki:** Badaniem objęto 599 osób – 331 kobiet (55,3%) oraz 268 mężczyzn (44,7%) w wieku od 18 do 67 lat. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w liczbie spożywanych w ciągu dnia posiłków przez kobiety i mężczyzn ( $p < 0,01$ ). Mężczyźni i kobiety inaczej oceniali stosowany model żywienia ( $\chi^2 = 5,996$ ;  $p < 0,05$ ). Zaobserwowano istotną zależność pomiędzy obwodem talii a stosowaniem diety sprzyjającej zdrowiu ( $p < 0,01$ ). Nie stwierdzono natomiast istotnej zależności pomiędzy stosowaniem żywienia sprzyjającego zdrowiu a wskaźnikiem BMI u badanych ( $p > 0,05$ ), również stężenie cholesterolu całkowitego u badanych nie korelowało ze stosowaną dietą ( $p > 0,05$ ). Sposób odżywiania wskazywany był najczęściej jako czynnik determinujący stan zdrowia, zarówno przez kobiety (71,6%), jak i mężczyzn (67,9%). Istotnie częściej czynnik ten wymieniały osoby z wyższym wykształceniem ( $p < 0,01$ ), niepalący ( $p < 0,01$ ), deklarujący chęć zmiany modelu odżywiania ( $p < 0,05$ ) oraz wykonujący pracę stałą ( $p < 0,05$ ).

## **Kompleksowa analiza wpływu biomasy na stan zdrowia narażonych pracowników sektora energetycznego**

Katarzyna Broszko-Dziedzic, Elżbieta Cwynar, Joanna Limburska, Jarosław Tomczyk

Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy

W 2011 roku Polska została zobligowana do wytworzenia 10,4% energii ze źródeł odnawialnych w ogólnym bilansie energetycznym kraju (bilans ten ma się zwiększać i osiągnąć w 2020 roku udział 20%). Wprowadzenie biosurowców do przemysłu energetycznego stworzyło zupełnie nowe warunki pracy dla setek pracowników – pojawił się na stanowisku pracy nowy czynnik szkodliwy: czynniki biologiczne. W związku z nowością tego zagadnienia oraz pytaniami ze strony pracowników, pracodawca zwrócił się do podstawowej jednostki medycyny pracy z prośbą o pomoc w zorganizowaniu opieki profilaktycznej wynikającej ze szczególnych warunków pracy, jakie stworzyła biomasa, stając się dodatkowym czynnikiem szkodliwym na stanowiskach pracy. Podstawowa jednostka medycyny pracy zwróciła się do Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy z prośbą o ustalenie zakresu badań profilaktycznych pracowników zakładów ciepłowniczych narażonych na bioaerozole.

**Materiał i metody:** Analizy warunków pracy, czynników szkodliwych i uciążliwych mających potencjalny wpływ na zdrowie pracowników zatrudnionych w kontakcie z biomasą dokonano na podstawie informacji zdobytych w trakcie przeglądu stanowisk pracy oraz wyników jakości powietrza w środowisku pracy dostarczonych przez pracodawców.

Analizę stanu zdrowia pracowników wykonano na podstawie badań celowanych ukierunkowanych na wykrycie u pracowników wczesnych objawów chorobowych związanych z narażeniem na biomasę przeprowadzonych przez EMC Instytut Medyczny S.A., której lekarze i pielęgniarki sprawują opiekę profilaktyczną nad zakładem pracy. W badaniu wzięło udział 77 osób. W ramach badań wykonano badanie ankietowe oraz zestaw konsultacji specjalistycznych i badań dodatkowych.

**Wyniki i wnioski:** Pomiar jakościowe i ilościowe czynników biologicznych, których źródłem jest biomasa w środowisku pracy powinny być regularnie powtarzane, gdyż kolejne pomiary na analogicznych stanowiskach pracy znacznie się od siebie różnią. Dodatkowo powinny być one rozszerzone o pobranie próbek z powierzchni pracy (blaty robocze, biurka, ściany) oraz uwzględnić badania biomasy o zanieczyszczenia pasożytami lub ich jajami. Ogromne znaczenie dla zmniejszenia poziomu ryzyka zawodowego ma świadomość pracowników, co do zagrożeń w środowisku pracy, sposobów ich minimalizowania i własnych zachowań, które mogą zwiększyć ryzyko rozwoju chorób i pogorszenia stanu zdrowia. W badaniach celowanych stwierdzono dodatkowo wyniki testów skórnych z alergenami mieszanki pleśni, które uznaje się a patognomiczne dla tego rodzaju narażenia, u około 3,8% wszystkich pracowników. Z grupy osób mających w wywiadzie choroby alergiczne wywołane uczuleniem na różne alergeny najwięcej jest osób źle tolerujących kontakt z biomasą. Nie stwierdzono natomiast korelacji pomiędzy występowaniem objawów złej tolerancji biomasy, a długością pracy w narażeniu na pył organiczny.

## Rowerzyści. Pełnoprawni uczestnicy ruchu drogowego. Czy na pewno?

Jacek Jakubowski

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy – Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi

W ostatnich latach moda na poruszanie się rowerem zatacza coraz szersze kręgi. Propagowane jest to jako działanie proekologiczne i służące zdrowiu. Osobom poruszającym się rowerami po drogach publicznych często powtarza się i utwierdza ich w przekonaniu, że są pełnoprawnymi uczestnikami ruchu drogowego. Czy na pewno? Wiele okoliczności przemawia za tym, że w istocie tak nie jest. Brak obowiązkowego ubezpieczenia OC, bardzo częste łamanie przepisów drogowych spowodowane ich niezajomością, niedostateczne oświetlenie (lub w ogóle jego brak) już stawiają ów status „pełnoprawnego uczestnika ruchu drogowego” pod znakiem zapytania. Do tego dochodzi jeszcze sprawa, której nie sposób dłużej bagatelizować – stan zdrowia osób kierujących rowerami po drogach publicznych. O ile do uzyskania dokumentu uprawniającego do poruszania się po drogach publicznych aktualnie już nawet skuterem, czy motorowerem należy przejść odpowiednie badania lekarskie i zdać egzamin o tyle kwestię kierowania rowerem reguluje wyłącznie kryterium wiekowe. Tak więc, jadąc np. samochodem możemy spotkać się z „pełnoprawnym uczestnikiem ruchu drogowego”, rowerzystą, głęboko niedowidzącym, cierpiącym na cukrzycę, zaburzenia równowagi, padaczkę czy różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Sytuacja taka w odniesieniu do osób poruszających się po drogach publicznych innymi pojazdami jest po prostu niewyobrażalna. Stąd aby naprawdę traktować rowerzystów jako pełnoprawnych uczestników ruchu drogowego może czas skończyć z pustymi deklaracjami i obok posunięć administracyjno – legislacyjnych wprowadzić obowiązek oceny stanu zdrowia tej grupy użytkowników dróg?