

COVID-19 И ПОСТ-COVID-19 СИНДРОМ КАТО ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ

Ж. Дончева-Дилова¹, Н. Стоилов², Т. Кунева¹, В. Бояджиева²

¹УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“, Катедра по професионални заболявания,
Медицински университет – София

²УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“, Катедра по ревматология, Медицински университет – София

Резюме. Професионална болест е тази, която настъпва изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда и е включена в списъка на професионалните болести. Още от ранните фази на пандемията е предложено COVID-19 да бъде признат за професионална болест в световен мащаб, но към днешна дата ситуацията е различна за всяка държава. Още по-сериозни се оказаха усложненията на заболяването (т.нар. "дълъг" COVID, или пост-COVID-19 синдром, PCS). Пациентите могат да изпитват симптоми до 3 и повече месеца след началото на инфекцията, което значително намалява тяхната работоспособност и влошава качеството им на живот. Засега COVID-19 и "дългият" COVID-19 не са включени в списъците на професионалните заболявания, предоставени от международни организации – Международна организация на труда, Световна здравна организация (СЗО), Европейски съюз (ЕС), и не са признати за професионално заболяване в България и в повечето държави. Това води до редица икономически усложнения както за пациентите (и техните семейства), така и за работодателя и държавата.

Ключови думи: COVID-19, пост-COVID-19 синдром, професионални болести

ВЪВЕДЕНИЕ

За много кратък период вирусът на COVID-19 се разпространи в световен мащаб, но още по-сериозни се оказаха усложненията му. Симптомите могат да продължат седмици или месеци след началото на инфекцията (т.нар. дълъг COVID, PCS), което значително влошава качеството на живот на пациентите и намалява тяхната работоспособност [1, 2, 3, 4]. Още от началото на пандемията засегнатите страни се опитаха да изравнят епидемиологичната крива чрез налагане на специфични хигиенни мерки, ограничаване на социалните контакти, носене на маска, физическо дистанциране, ограничения за пътуване, затваряне на граници, национални блокирания, задължителна карантина за заразените и контактните лица, разработването на ваксини с висока ефективност и др. [1, 5, 6]. Заболяването и неговите последици се оказаха сериозен здравен и икономически проблем както за засегнатите лица (и техните близки), така и за работодателите и засегнатите държави като цяло [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Професионалната патология изучава етиологията, патогенезата, клиничната картина, лечението, профилактиката на заболяването, както и експертизата на работоспособността [15].

Професионалните болести са хронични състояния, които могат да бъдат разделени на три

групи: специфични (причинени само от работната среда), условно професионални (професионалният характер на заболяването се приема само при определени условия), парапрофесионални (заболявания с комплексна етиология, при които работната среда е отключващ или допълнителен фактор) [16, 17]. Списъкът на професионалните болести, валиден за България (ДВ бр. 65/22.07.2008 г. чрез Постановление № 168/11.07.2008 г.), включва 5 основни групи:

1. Заболявания, причинени от химични фактори в работната среда;
2. Заболявания, причинени от физични фактори и пренапрежение;
3. Заболявания, причинени от биологични фактори (инфекциозни и паразитни);
4. Прахови и алергични заболявания;
5. Професионални злокачествени заболявания.

Тези заболявания са от изключителна социална значимост, защото засягат лица в активна възраст, със значителен професионален опит и квалификация, имат хроничен рецидивиращ ход, генерират загуби (за работещия, работодателя, държавата), имат ниска разкриваемост (поради неспецифичните симптоми или отказа на пациента да свърже заболяването си с работната среда) [16].

За диагностиката на тези заболявания от огромно значение са професионалната анам-

неза; професионалният трудов стаж; хигиенната характеристика на работната среда; полът и възрастта на пациента; общата анамнеза; професионалната анамнеза, клиничната картина, лабораторните, функционалните и инструменталните изследвания на настоящото заболяване; епидемиологичният, експозиционният и елиминационният тест за проследяване динамиката на заболяването [15, 16, 17].

Лечението им е комплексно: етиологично (когато е възможно) и симптоматично, препоръчват се също така климато- и балнеолечение и прием на витамини [16]. Основно направление е профилактиката на тези заболявания: техническа, архитектурно-планировъчна, благоустройствена, трудово-хигиенна, лечебно-профилактична и трудово законодателна [15, 16, 17].

Съгласно Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести [18] всеки лекар/лекар по дентална медицина в рамките на 5 дни от поставяне на диагнозата може да оповести професионална болест. До териториалното поделение на НОИ (Национален осигурителен институт) трябва да бъде изпратено т.нар. бързо известие. В срок от 3 дни НОИ открива досие и създава комисия. Осигурителят предоставя на НОИ производствена характеристика, лабо-

раторни изследвания, здравно досие, оценка на риска и становището на СТМ (служба по трудова медицина) в срок от 1 месец. НОИ, в рамките на 10 дни, създава протокол за извършено проучване на факторите на работната среда. При несъгласие (от страна на работника или работодателя) е възможно изпращане на писмено възразение до ТЕЛК (Териториална експертна лекарска комисия) в срок от 3 дни. ТЕЛК издава експертно решение (ЕР) и регистрационна карта за призната професионална болест, като определя временна или трайна неработоспособност. Временната загуба на работоспособност предвижда временно освобождаване от работа, облекчени условия на труд на същото работно място, временно или трайно трудоустраиване. Трайната загуба на работоспособност се оценява в проценти, като това определя размера на инвалидната пенсия [15, 16, 17].

COVID-19 КАТО ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ

Още от ранните фази на пандемията е предложено COVID-19 да бъде признат за професионална болест в световен мащаб, но към днешна дата ситуацията е различна за всяка държава. [19]. На таблица 1 са представени обобщени дан-

Таблица 1. Признаване/непризнаване на COVID-19 за професионално заболяване/трудова злополука

Държава	Признато за професионално заболяване	Признато за трудова злополука	Условно професионално заболяване (признава се при определени критерии)	Няма специфична нормативна регулация	Няма специфична нормативна регулация, но може да бъде компенсирано
Австралия [10, 19]	-	-	Да	-	Да
Австрия [20]	Да	-	-	-	-
Аржентина [19]	Да	-	-	-	-
Белгия [19]	-	-	Да	-	-
Бразилия [20]	-	-	-	-	Да
България [20]	-	-	-	Да	-
Виетнам [20]	-	-	-	Да	-
Германия [19]	Да	Да	-	-	-
Гърция [20]	-	-	-	Да	-
Дания [20]	Да	-	-	-	-
Доминиканска република [10]	Да *	-	-	-	Да
Естония [20]	-	-	-	Да	-
Замбия [20]	-	-	-	Да	-
Италия [19]	-	Да	-	-	-
Испания [20]	Да	-	-	-	-
Канада [10, 20]	-	-	Да	-	Да
Китай [10, 19]	-	-	Да	-	Да
Либерия [20]	-	-	-	Да	-

Продължение на табл. 1

Малайзия [19]	Да	-	-	-	-
Мексико [20]	-	-	-	Да	-
Норвегия [19]	Да	-	-	-	-
Парагвай [20]	-	-	-	Да	-
Република Корея [19]	-	Да	Да	-	-
САЩ [10, 19]	-	-	-	-	Да *
Сингапур [19]	-	-	-	-	Да
Словения [20]	-	-	-	Да	-
Тайван [19]	-	-	-	-	Да
Турция [19]	-	-	-	-	Да
Уганда [20]	-	-	-	Да	-
Украйна [10]	Да	-	-	-	-
Филипини [20]	Да	-	-	-	-
Франция [10, 19]	Да	-	-	-	-
Хаити [20]	-	-	-	Да	-
Чили [20]	Да	-	-	-	-
Швейцария [9, 10]	-	-	-	-	Да
Швеция [20]	Да	-	-	-	-
Южна Африка [19]	Да	-	-	-	-
Япония [19]	-	-	Да	-	-

*различни нормативни актове според регион и работник или признато само за определени групи (напр. здравни работници)

ни за ситуацията в избрани страни. Някои държави са признали COVID-19 за професионална болест (напр. Австрия, Аржентина, Германия, Дания, Испания, Малайзия, Норвегия, Украйна, Филипини, Франция, Чили, Швеция и Южна Африка) или трудова злополука (напр. Германия, Италия, Република Корея), в други (Белгия, Република Корея, Япония) е необходимо да бъдат изпълнени определени критерии, в трети заболяването не е признато за професионално (България, Виетнам, Гърция, Естония, Замбия, Либерия, Мексико, Парагвай, Словения, Уганда, Хаити), а за четвърти няма специфична нормативна регулация, но може да бъде компенсирано при доказване на причинно – следствена връзка (Австралия, Бразилия, Канада, Китай, САЩ, Сингапур, Тайван, Турция, Швейцария).

Според проучване на UNI Global Union (което включва 124 държави, 37 щата на САЩ, 13 канадски провинции и територии и седем австралийски щата) малко над половината държави (98) са признали COVID-19 за професионална болест чрез официален регулаторен процес, като около 80% изискват от работниците да предоставят до-

казателство, че заразяването с COVID-19 е било на работното място. Десетте най-добре оценени юрисдикции (тези на Аржентина, Австрия, Швеция, Франция, Испания, Канада, Германия, Чили, Бразилия, Филипини) в това проучване покриват само 2% от работниците в света. Почти 43% от работниците нямат достъп до платен отпуск по болест. Въз основа на това проучване авторите разработват набор от препоръки, които да помогнат на държавите да подкрепят по-добре работниците, засегнати от COVID-19, и да се справят с бъдещи пандемии:

- Автоматично квалифициране за обезщетения, свързани със заболяване от COVID-19, когато има повишен риск от заразяване с вируса в работната среда;

- Надеждно събиране на данните, свързани с работата;

- Добавяне на обща категория за професионална инфекциозна болест;

- Платен болничен за изследвания и възстановяване.

- Изследване, публикувано от Amnesty International, UNI Global Union и Public Services

International, установява, че към април 2021 г. най-малко 17 000 здравни работници са починали от COVID-19. Според Препоръка 194 на МОТ (Международната организация на труда), заболявания, причинени от биологични агенти, които не са директно споменати в списъка (каквото е случаят с COVID-19), могат да бъдат признати за професионални, ако се установи пряка връзка между работата и работно място [20].

Здравето и безопасността при работа трябва да бъдат основно право на работното място [20].

Към днешна дата COVID-19 не е включен в списъците на професионалните заболявания, предоставени от международни организации (Международна организация на труда, СЗО, ЕС) [19].

Според Европейския съюз на медицинските специалисти COVID-19 може и трябва да бъде признат за професионално заболяване, ако отговаря на определени критерии:

1. Трябва да са налице клинични прояви (най-малко респираторни симптоми) и положителен PCR тест;

2. Да е налице достатъчна професионална експозиция – чрез снемане на професионална анамнеза, резултати от епидемиологични проучвания на работното място;

3. Времето между експозицията и ефекта върху здравето на пациента трябва да съответства на това, което е известно за естествения ход и развитието на болестта – за COVID-19 този период е 1-10 дни;

4. Трябва да се има предвид диференциалната диагноза. Има непрофесионални условия, които са със сходни клинични характеристики като професионалните заболявания [21].

Към момента това е само препоръка и не е официален документ, задължаващ страните – членки на ЕС, да признаят COVID-19 за професионална болест. Освен това предложените критерии не обхващат безсимптомните работници.

Държавите членки, работниците и работодателите в Консултативния комитет на ЕС по безопасност и здравето на работното място (ACSH) постигат споразумение (през май 2022 г.) относно необходимостта от признаване на COVID-19 като професионална болест в здравеопазването и социалните грижи и в домашната помощ, а в контекста на пандемия в сектори, където има огнище в дейности с доказан риск от инфекция, и подкрепят актуализацията на Списъка на ЕС на професионалните заболявания. Комисията актуализира своята препоръка относно професионални заболявания, за да насърчи признаване-

то на COVID-19 като професионална болест от всички държави членки. Това е важна стъпка за прилагане на Стратегическата рамка на ЕС за здравето и безопасността на работното място, 2021-2027 г., приета от Комисията през юни 2021 г., която определя ключови действия на ниво ЕС за подобряване здравето и безопасността на работниците. Много държави – членки на ЕС, вече признават COVID-19 като професионална болест или трудова злополука. Актуализацията има за цел допълнително да насърчи признаването на COVID-19 като професионална болест в целия ЕС. Една от ключовите междусекторни цели е повишаване на готовността за евентуални бъдещи здравни кризи. Това предполага и засилване на подкрепата на работници по време на възможни бъдещи вълни на COVID-19 [22, 23].

През ноември 2022 г. Европейската комисия препоръча на държавите членки да признаят COVID-19 за професионална болест, ако се заразят работещите:

- в профилактиката на заболяванията,
- в здравеопазването и социалните грижи,
- в помощ по домовете,
- или (по време на пандемия) в други сектори, където има огнище и където е доказан риск от инфекция [22].

Комисията също така подчертава колко е важно да се подкрепят работници, заразени с COVID-19, и семейства, които са загубили членове поради заразяване по време на работа. Докладът има за цел да засили защитата на работниците и да насърчи последователен подход в целия ЕС. Държавите членки трябва да определят подробностите в националното си законодателство, следвайки тази препоръка [22].

Първата описана професионална група, засегната от COVID-19, са работещите с животни в Ухан [5]. Появиха се опасения за професионална инфекция сред работниците в здравеопазването и селското стопанство, сред тези на пренаселени работни места (напр. круизни кораби и предприятия за пакетиране на месо) и сред определените като „основни“ работници (т.е. работници, смятани за критични за обществената инфраструктура, които често нямат избор или средства да се защитят от вируса).

Пандемията до ден-дневен продължава да налага големи щети на работниците, може да създаде дългосрочни рискове за здравето и да увеличи смъртността. Усложненията на COVID-19 (като напр. белодробна фиброза, съдови заболявания, състояния, свързани с умо-

ра и диспнея, постинфекциозен миозит) могат допълнително да намалят работоспособността на пациентите и да влошат качеството им на живот [5].

Друг интересен аспект са професионалните заболявания, които индиректно биха могли да бъдат свързани с COVID-19. Например използването на почистващи и дезинфекциращи продукти за елиминиране на SARS-CoV-2 от повърхности в околната среда може да доведе до остри инхалационни наранявания (напр. професионална астма) и обостряне на заболяване на дихателните пътища (напр. астма или хронична обструктивна белодробна болест) или нови случаи на такова заболяване [24, 25]. От началото на март 2020 г. има данни за инциденти с вдишване на аерозоли от почистващи продукти с белина и дезинфектанти за ръце и свързаните с тях респираторни и дерматологични оплаквания [26, 27, 28].

За да се прецени дали COVID-19 е професионална болест, или не, от съществено значение е да има ясни и прозрачни критерии за дефиницията на професионалните болести, които ще помогнат за разграничаването им от заболявания с различен произход. По света съществуват различни процедури, които биха определили професионалния характер на заболяването. Тази процедура може да се основава на индивидуални (медицински и технически) оценки или на данните, свързани с експозициите на работното място, както и научните проучвания относно професионалните рискове. Процедурата по признаване на COVID-19 може да бъде организирана по различни начини, а именно:

- Национален списък на професионалните заболявания, съдържащ точните критерии за признаване, допълнен от допълнителна система за признаване на заболявания, които не са в списъка.

- Индивидуална оценка на случаите от експерти.

- Комбинация от тези две системи: (а) Национален индикативен списък или списък на професионалните заболявания, публикуван от Международната организация на труда (МОТ) или Европейската комисия, се използва като справка и (б) провеждат се разследвания за всеки отделен случай за по-нататъшно определяне на причинно-следствената връзка между работата и болестта [29].

COVID-19 не е изрично споменат в Наредбата от 2008 г. [18] и в списъка на МОТ на професионалните заболявания (2010 г.) [30], но въпреки това попада в член 2 ал. 2 [18] и член 1.3.9. [30]:

„Чл. 2. (2) (Изм. – ДВ, бр. 18 от 2015 г., в сила от 1.01.2015 г.) За професионална болест може да се признае и заболяване, невключено в списъка на професионалните болести, когато се установи, че то е причинено основно и пряко от обичайната трудова дейност на осигурения и е причинило временна неработоспособност, трайно намалена работоспособност или смърт на осигурения.“ [18]

„1.3.9. Заболявания, причинени от други биологични агенти на работното място, които не са споменати в предходните точки, когато пряката връзка е научно установена или определена чрез методи, подходящи за националните условия и практика, между експозицията на тези биологични агенти, произтичащи от трудовата дейност, и заболяването(ата) договорени от работника.“ [30]

Въпреки това не всички държави следват списъка на МОТ (ILO) и много от тях имат свои собствени национални списъци или критерии за оценка, за да определят професионалното естество на дадено заболяване [29].

ФИНАНСОВА НЕСИГУРНОСТ

Не са за подценяване и икономическите щети, нанесени от пандемията. Несигурното финансово състояние на много работници намалява тяхната способност да си позволят разходите за здравеопазване. В тази връзка американските граждани (включително и здравни работници), които не са здравно осигурени, нямат право на платен отпуск по болест или не могат да си позволят разходи за лечение, са два пъти по-склонни да избягват да търсят лечение за COVID-19 поради опасения за финансовото си състояние [8].

Страните с ниско ниво на доходност и дори нациите с по-добри ресурси понякога може да нямат достатъчно консумативи за дезинфекция, ЛПС и други административни или инженерни защити в здравните заведения и други работни места [9].

През август 2022 г. във Великобритания са регистрирани 25 милиона случая на COVID-19. Изследване на TUC (The Trades Union Congress – Конгресът на профсъюзите) установи, че 20% от работниците с „дълъг“ COVID са почувствали отрицателно въздействие върху сигурността на работата, включително необходимост да напуснат работа. За много работници изпълнението на работата им ги излага на по-голям риск от заразяване с COVID-19 (вирус, който може да причини лоши последици за здравето за повече от година и е фатален за повече от 15 000 души в трудоспособна възраст във Великобритания) [10].

Анализ от ONS (Office for National Statistics – Служба за национална статистика), публикуван през декември 2022 г., заключава, че „дългия“ COVID е вероятно да бъде един от факторите, допринасящи за намаляващите нива на участие на пазара на труда по време на пандемията. За период от една година (от юли 2021 г. до юли 2022 г.) процентът на неактивност сред хората в трудоспособна възраст с „дълъг“ COVID е нараснал с 3,8 процентни пункта спрямо 0,4 процентни пункта за хора в трудоспособна възраст без „дълъг“ COVID. ONS заключават, че хората в трудоспособна възраст е по-малко вероятно да бъдат на пазара на труда, след като развият дълъг COVID. Това води до пропуснати печалби от £1,5 милиарда годишно. Най-засегнатите сектори са здравеопазването, социалните грижи и образованието, следвани от държавната служба/местното управление, транспорта, хранителните услуги и търговията на дребно [10, 11].

В Обединеното кралство още през 2021 г. Общопартийната парламентарна група за коронавирус представя на министър-председателя Борис Джонсън предложение за признаването на продължителния COVID за професионална болест, както и схема за финансова компенсация (подобна на схемата за компенсация на въоръжените сили (AFCS)) на здравните и други ключови работници (общо 390 000 души), живеещи с „изтощителните“ ефекти на заболяването [7, 31]. Продължителният COVID е описан като „скритата здравна криза на пандемията“. Писмото се появява след като правителството на Обединеното кралство обявява финансиране от 18,5 милиона британски лири (21,3 милиона евро; 25,9 милиона долара) за изследване на ефектите на „дългия“ COVID при пациенти [7].

Признаването на COVID-19 и на „дългия“ COVID за професионално заболяване би дало

право на работниците и служителите на защита и обезщетение, ако се заразят с вируса по време на работа. Това означава, че отговарящите на условията ще получават редовни месечни плащания в зависимост от обстоятелствата и нивото на нужда. Има данни за множество здравни работници с „дълъг“ COVID, които не могат да работят и са финансово несигурни [7].

Все още правителството на Обединеното кралство не е отговорило официално на призива за каквато и да е схема за обезщетение, компенсация или за признаване на болестта като професионална [32].

ЗНАЧЕНИЕ НА ПРИЗНАВАНЕТО НА COVID-19 И PCS КАТО ПРОФЕСИОНАЛНА БОЛЕСТ

COVID-19, особено в началото на пандемията, имаше опустошителни ефекти върху здравето на хората, икономиката и ежедневието [33].

Заболяването е огромно предизвикателство за професионалното здраве, тъй като работниците в много професии (здравни работници, работещите в магазини, барове, ресторанти, заведения за бързо хранене и услуги за доставка) са изправени пред висок риск от заразяване. Има дълъг списък от професии, които налагат пряк контакт с обществеността и непосредствена физическа близост с хората. Има обаче и много професии, при които работата откъщи е възможна, като по този начин значително се намалява рискът от заразяване с вируса [6]. Здравните специалисти са изложени на повишен риск от излагане на висок вирусен товар поради близък контакт с пациенти с COVID-19. В същото време самите те са важен източник на предаване на болестта на колеги, пациенти, приятели и семейство. Здравните работници нямат опция за работа откъщи по време на пандемия и спешни здравни ситуации [6]. Ранните доказателства от Ухан, източника на световната епидемия, показват, че от всички случаи на заразяване с коронавирус почти 4% са включвали здравен персонал, около 15% са били тежки или критични и са потвърдени пет смъртни случая сред здравни работници [34]. В Италия, най-засегнатата страна в Европа, на 26 март 2020 г. беше съобщено, че повече от 5000 здравни работници са дали положителен тест за коронавирус и над 40 са починали в резултат на COVID-19 [35].

По-сериозни обаче се оказаха последиците от COVID-19. Едно от множеството предизвика-

телства, породени от пандемията, е дали продължителните симптоми след заразяване (наричани още „дълъг“ COVID) трябва да се считат за професионална болест.

Един на всеки 10 души с COVID-19 продължава да изпитва симптоми повече от 12 седмици, което се свързва със значителен риск за статуса на заетост и потенциала за печалба. Продължителният COVID („long COVID“) може да се прояви с групи от симптоми, които често се припокриват, независимо от тежестта на инфекцията. Чрез анализи на големи здравни бази данни са идентифицирани различни постостри усложнения сред пациенти с COVID-19 и над 205 симптома, свързани с „дълъг“ COVID при преди това здрави възрастни и деца. Те варират от неразположение, болка, главоболие, умора, задух, кашлица, безпокойство и стрес, метаболитни и сърдечно-съдови нарушения, стомашни проблеми, мускулно-скелетна болка, анемия, когнитивно увреждане и неспособност за концентрация (мозъчна мъгла). Има съобщения за хора, които продължават да изпитват инвалидизиращи симптоми след повече от девет месеца. Тези симптоми карат работниците да се нуждаят от продължителни периоди на отпуск по болест. Рискът от професионална експозиция в определени сектори е по-висок, например 64% от всички доклади, подадени от работодатели, са от здравеопазването и сектор „Социални грижи“ [7, 10, 32, 36].

Призивът за признаване на „дълъг“ COVID като професионална болест повдига няколко важни въпроса: какво е определението за „дълъг“ COVID; какво е нивото на тежест на симптомите и продължителността на симптомите, които да бъдат включени; дали се изискват обективни тестове и какви доказателства трябва да има, за да се потвърди професионалната връзка.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) определя „дълъг“ COVID като „признаци и симптоми, които продължават или се развиват след остър COVID-19“. Включват се както продължаващи симптоми на COVID-19, така и пост-COVID-19 синдром. Пост-COVID-19 синдром се определя като „признаци и симптоми, които се развиват по време на или след инфекция, съответстваща на COVID-19, продължаващи за повече от 12 седмици, и не се обясняват с алтернативна диагноза“ [31]. Световната здравна организация (СЗО) дефинира „състояние след COVID-19“ сред лица с анамнеза за вероятна или потвърдена инфекция със SARS-CoV-2 със симптоми, продъл-

жаващи три месеца след началото на инфекцията с COVID-19, които продължават поне два месеца и които не могат да бъдат обяснени с алтернативна диагноза [37]. Най-честите симптоми включват умора, задух и когнитивна дисфункция и оказват цялостно значително влияние върху ежедневието на пациентите. Симптомите могат да се появят след първоначално възстановяване от остър епизод на COVID-19, да персистират по време на заболяването, да варират или да се появят отново с течение на времето [36]. Global Burden of Disease Long COVID Collaborators дефинира три основни симптома на състояние след COVID-19: (1) постоянна умора с телесна болка (миалгия) или промени в настроението; (2) когнитивни проблеми, често забравяне или затруднения в концентрацията, обикновено наричани „мозъчна мъгла“; (3) продължаващи респираторни проблеми (задух и упорита кашлица) [38].

Според Pérez-González и сътр. дългите симптоми на COVID-19 са по-чести при хоспитализирани, отколкото при нехоспитализирани пациенти (52,3% срещу 38,2%). Проспективното кохортно проучване проследява 248 пациенти за период от 6 месеца, като 176 (69,4%) от тях са имали нужда от хоспитализация и 29 (10,2%) от тях са се нуждаели от интензивни грижи. След 6 месеца 119 (48,0%) пациенти описват един или повече персистиращи симптома. Най-често срещаните са: екстраторакални симптоми (39,1%), гръдни симптоми (27%), диспнея (20,6%) и умора (16,1%). Тези симптоми са по-чести при хоспитализирани пациенти (52,3% спрямо 38,2%) и при жени (59,0% спрямо 40,5%) [39].

Bellan et al. съобщават, че дългосрочните последиствия при пациенти, хоспитализирани за пневмония SARS-CoV-2, могат да персистират при около 40% от пациентите една година след изписването. Кохортно проучване на 200 пациенти в рамките на 1 година съобщава за поне един персистиращ симптом на COVID-19 при 79 пациенти (39,5%). Дифузионен капацитет на белите дробове за въглероден окис (DLCO) < 80% се наблюдава при 96 пациенти (49%). Тежко увреждане на дифузионния капацитет (DLCO < 60%) е съобщено при 20 пациенти (10,2%). Известна степен на двигателно увреждане се наблюдава при 25,8% от пациентите [40].

В проучването на Liao et al. относно дългосрочните ефекти на COVID-19 върху 303 хоспитализирани здравни работници от Ухан, една година след изписването, се подчертава, че физическите и психологическите функции на

оцелелите са били значително по-лоши от здравата популация. Средната възраст на участниците е 39,0 (33,0-48,0) години, като 59 (19,47%) са мъже и 244 (80,53%) – жени. Освен това 98 (32,34%) са лекари, 162 (53,47%) са медицински сестри и 43 (14,19%) са здравни асистенти. Средната продължителност на болничния престой е 15 (9-26) дни. От участниците 96,7% са били непущачи. Най-честата коморбидност е хипертонията (15 пациенти, 4,95%), следвана от хиперлипидемия (4 пациенти, 1,32%) и сърдечни, ендокринни и чернодробни заболявания (2 пациенти, 1,32%). COVID-19 е класифициран като лек/умерен при 113 (37,3%) участници и като критичен/тежък при 190 (62,7%) пациенти. Критично/тежко болните са били по-възрастни и с по-висок индекс на телесна маса (ИТМ). Около 64,69% (196 пациенти) са имали нужда от кислородна терапия по време на болничния си престой. Една година след изписването 83,45% от възстановените здравни работници все още са имали положителни серумни SARS-CoV-2 IgG тестове и процентът е значително по-висок сред здравните работници, преживели критично/тежко заболяване (89,27%), отколкото сред тези с леко/умерено заболяване (73,83%). Процентът на положителни серумни SARS-CoV-2 IgM тестове също е по-висок при здравни работници, преживели критично/тежко заболяване, отколкото при тези с леко/умерено заболяване. Една година след изписването оцелелите здравни работници са били с намалена белодробна функция, абнормален КТ модел (най-често белодробна интерстициална фиброза), увреждане на физическата функция и психиатрични разстройства (най-често пост-травматично стресово разстройство) [41].

В обобщено проучване на над един милион субекти, разпространението на състоянието след COVID е 0,9% след една година, но достига до 15% за симптоми, които са присъствали над три месеца [36]. Различни фактори се свързват със състояние след COVID, включително възраст 20-49 години, женски пол и първоначална тежест на заболяването (необходимост от хоспитализация, прием в интензивно отделение и механична вентилация) [36, 38, 42, 43, 44, 45]. Например 26,6% от жените, нуждаещи се от интензивно лечение, са имали състояние след COVID след една година [36].

Повечето от симптомите след COVID, открити в общата популация, са сходни за работниците. В преглед, включващ 60 кохортни проучвания на

възрастни в трудоспособна възраст (18-65 г.) и 10 проучвания на случаи, най-често съобщаваните симптоми след лека COVID-19 инфекция са умора (92%), задых (82%), мускулни болки (44%) и болки в ставите (35%) [46].

През 2023 г. в Обединеното кралство е изчислено, че 2 милиона души, живеещи в частни домакинства (3,0% от населението), сами са докладвали "дълъг" COVID (симптоми, продължаващи повече от четири седмици след първата потвърдена или заподозряна инфекция с COVID-19, които не са обяснени с нещо друго), като над 85% са в трудоспособна възраст [11, 47]. Данните са на Long Covid Support и Конгреса на профсъюзите (TUC) от 2 януари 2023 г. В доклад те обобщават резултатите от анкета, проведена в периода от 14 септември до 1 ноември 2022 г., за самоизбор на 3097 души с „дълъг“ COVID. От респондентите 45 на сто са имали отговорности за полагане на грижи за пациент с дълъг COVID. Изследването установява шокиращо високи нива на лошо отношение от работодателите спрямо работници с COVID-19 или „дълъг“ COVID. Един на всеки седем респонденти (14%) е загубил работата си поради причини, свързани със заболяването. Две трети от анкетираните (66%) казват, че са преживели един или повече видове несправедливо отношение на работното място. Един на всеки шест (16%) е бил обект на тормоз на работното място, един на всеки 13 (8 на сто) е бил заплашван с дисциплинарни действия и почти една четвърт от респондентите (23%) казват, че работодателят им е задавал въпроси дали имат „дълъг“ COVID или симптоми на заболяването. Половината от анкетираните (49%) имат причина да смятат, че са се заразили с COVID-19 на работното място, подчертавайки, че са изложени на риск поради липса на мерки за здраве и безопасност, включително вентилация и лошо лечение. Девет от всеки десет респонденти към момента на анкетирането са имали симптоми на „дълъг“ COVID, най-често умора, когнитивна дисфункция, недостиг на въздух/затруднено дишане, кашлица, възпалено гърло, загуба на обоняние и/или вкус, сърцебиене, световъртеж, храносмилателни проблеми, проблеми със съня, загуба на памет, психически стрес и симптоми на тревожност, промени в настроението, депресия, изтръпване и мравучкане, шум или болки в ушите, дерматологични симптоми, проблеми със зрението, фебрилитет и менструални промени при жени. Над половината от респондентите съобщават за

симптоми, свързани с болка (главоболие, мускулна болка, болки в ставите и болки в гърдите) [11].

В проучване с 15-месечно проследяване на работници са докладвани подобни симптоми: умора (80,2%), задух (69,6%), дефицит на концентрация (44,9%), главоболие (44,9%), миалгия (44,1%), артралгия (43,3%) и аносмия (42,1%). След 15 месеца 75% от пациентите са се върнали към изходното си състояние преди COVID-19, въпреки че 33,2% съобщават за степен на ограничение на работоспособността си. Проучването също така установява, че жените са имали по-голямо самооценено намаление на работоспособността след инфекция с COVID, отколкото мъжете [43].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболяването COVID-19 и т.нар. „дълъг“ COVID засягат значителен брой хора в трудоспособна възраст и техните семейства. Служителите в множество сектори, особено в системата на здравеопазването, са изложени на висок риск от заразяване на работното място. Разгра-

ничаването на инфекцията, придобита на работното място, може да се окаже трудна задача, особено когато има високи нива на предаване на заболяването в общността. Към днешна дата COVID-19 и PCS не са включени в списъците на професионалните заболявания на МОТ, СЗО, ЕС и не са признати за професионално заболяване в България и в повечето страни. Въпреки ясната времева рамка, определението за „дълъг“ COVID е отворено за тълкуване и клиничната картина продължава да бъде разнообразна. Заинтересованите страни трябва да коригират законодателството си на национално ниво, тъй като правният аспект на професионалните заболявания дава право на работниците на обезщетение. Като се има предвид мащабът на проблема и финансовата сложност, това в крайна сметка може да се окаже по-скоро въпрос за икономистите. В заключение, COVID-19 и PCS остават важна тема за изследване на професионалното здраве на работниците с оглед подобряване качеството им на живот и за предотвратяване или намаляване на нетрудоспособността в резултат на пандемията.