

При этом на сегодняшний день высокие уровни ЗВУТ и профессиональной заболеваемости не следует связывать только с неблагоприятными условиями труда. Результаты исследований и анализ данных, полученных с использованием геоинформационных технологий, показали, что на современном этапе уровень профессиональной заболеваемости зависит не только, а в значительной степени определяется качеством выявления и регистрации профзаболеваний.

К числу важных причин высокой выявляемости профпатологии относится – правовая грамотность работающих, знание профпатологии врачами, осуществляющими профосмотры, качество и эффективность проведения профосмотров, качество составления санитарно-гигиенических характеристик условий труда, квалификация специалистов аккредитованных центров, проводящих аттестацию рабочих мест и производственный лабораторный контроль.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

И. Е. ОРАНСКИЙ, С. В. КУЗЬМИН, Н. А. РОСЛАЯ, С. П. СОКОЛОВ
*ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр
профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий»
Роспотребнадзора, г. Екатеринбург, Россия*

В рамках реализации программы «СИНДИ» в условиях промышленного центра оценено состояние здоровья взрослого населения, большинство которого (80,0 %) работает на градообразующем предприятии – ОАО «Корпорация ВСМПО-АВИСМА».

Исследования показали, что распространенность факторов риска среди населения достаточно высока. Так, индекс массы тела, в среднем приближающийся к нормальным значениям ($ИМТ_{\text{ф}} = 26,5 \pm 4,6 \text{ кг/м}^2$), был весьма вариабелен, избыточная масса тела ($ИМТ > 25,0 \text{ кг/м}^2$) встречалась у 58 % горожан, нормальная ($18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$) у 39,9 %. Женщины чаще имели этот фактор риска, чем мужчины (64,9 и 50,6 % соответственно). Распространенность избыточной массы тела, как показали исследования, нарастала с возрастом. У женщин старше 25 лет распространенность избыточности массы тела была выше на 14,3 %, чем у мужчин.

Немаловажным показателем риска является показатель абдоминального ожирения – отношение окружности талии к окружности бедер

(ОТ/ОБ). Среди женской популяции города распространенность повышенного коэффициента ОТ/ОБ превалировала и превышала таковой у мужчин на 10,2 %. Распространенность абдоминального ожирения у женщин наступала после 35 лет и превышала таковую у мужчин в 3 раза. Среди факторов риска артериальная гипертензия занимает ведущее положение и встречается довольно часто. Так, повышенное систолическое артериальное давление (САД) > 140 мм рт. ст. зарегистрировано у 35,8 % населения: несколько чаще у женщин – 35,9 %, чем у мужчин – 28,6 %. Наиболее резкое повышение САД отмечалось после 54 лет. У женщин этой возрастной группы частота гипертензии встречалась в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Как показали результаты исследования, распространенность систолической артериальной гипертензии среди обследованного населения, начиная с 18 лет, увеличивалась в каждой последующей возрастной декаде. До 45 лет ее распространенность была значительно выше у мужчин, а после 65 лет – у женщин. Изменения уровней диастолического давления и распространенность их по грациям имели сходный вид с показателями САД.

Среди факторов риска ведущее место принадлежит холестерину и дислипидемии. Если по средним значениям в изучаемой выборке уровень холестерина и не превышал нормальных значений, то при индивидуальной его оценке было установлено, что легкая гиперхолестеринемия (5,2–6,5 ммоль/л) имела место у 75,3 %, умеренная (6,5–7,8 ммоль/л) – у 20,2 %, выраженная гиперхолестеринемия (> 7,8 ммоль/л) – у 4,6 % жителей. У мужчин нормальное содержание холестерина (< 5,2 ммоль/л) встречалось в 67,6 % случаев, повышенное – у 32,4 %. Причем преобладала легкая форма – 75,2 %.

Повышенное содержание глюкозы и гипергликемия, также относящиеся к факторам риска, в городской популяции встречалась нечасто, распространенность их была невелика и составляла у мужчин 5,6 %, а среди женщин – 4,1 %.

Упомянутые факторы риска среди населения города не являлись изолированными, а, как правило, сочетались, усугубляя течение заболеваний или отягощая их. Так, при повышении систолического артериального давления распространенность избыточной массы тел в изучаемой популяции была выше на 29,5 %, чем у лиц с нормальным его уровнем. Распространенность абдоминального ожирения преобладала у мужчин на 12 %, у женщин на 37 %. В равной мере при артериальной гипертензии распространенность гиперхолестеринемии была больше на 10 % у мужчин и на 20 % у женщин, а распространенность гипергликемии – на 5 и 6 % соответственно.

Знание структуры биологических факторов риска, позволило рассчитать в популяции муниципального образования, где более 80 % населения занято в промышленном производстве, конкретное число людей, подлежащих оздоровлению и лечению, обосновать адекватные технологии восстановительной терапии и информировать администрацию муниципального образования и работодателя о необходимых финансовых инвестициях в эффективные профилактические программы.

Учитывая важность сохранения здоровья, усилиями медицинской службы и администрацией города была проведена большая профилактическая работа и расширена пропаганда здорового образа жизни. На базе имеющихся медицинских подразделений предприятия был создан межцеховой Центр здоровья и загородный оздоровительный центр.

Построение Программы, направленной на улучшение показателей здоровья работающих, требовало сведений о заболеваемости персонала производства и возможностях диагностической и лечебной базы предприятия для определения существующих возможностей проведения лечебных и лечебно-оздоровительных мероприятий, что и было сделано в течение 2003–2005 гг.

В структуре заболеваемости наибольший вес имели болезни органов дыхания, заболевания сердечно-сосудистой системы, костно-мышечные болезни и заболевания желудочно-кишечного тракта, однако преобладание оставалось за болезнями мышц и суставов, где потери по больничным листам на 100 работающих составили 345,5 дня. Несколько меньшие трудовые потери регистрировались в группе заболеваний желудочно-кишечного тракта – 288 дней, что в два раза превышало трудовые потери по таким заболеваниям как болезни органов дыхания и кровообращения – 143,3 и 143,3 дня соответственно. Вместе с тем отмечен рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности по группе болезней сердечно-сосудистой системы. Так, если в 2001 г. эти потери составили 143,3 дня на 100 работающих, то в 2003 г. они достигли 176,9; а к 2005 г. вышли на уровень 167,7 дня.

Аналогичная динамика прослеживалась и в показателях заболеваемости с временной утратой трудоспособности по болезням костно-мышечной системы: 288 дней в 2001 г. и 321,4 в 2005 г. Максимум потерь по этим заболеваниям зафиксирован в 2004 г. – 332,9. Менее динамичными оказались трудовые потери по болезням органов пищеварения: в 2001 г. они составили 121,1 дня с последующим снижением к 2005 г., когда количество дней нетрудоспособности составило всего 83,2 на 100 работающих на предприятии.

Основу проектов сохранения здоровья работающего населения на предприятии ВСМПО составила «Концепция сохранения здоровья работающего населения градообразующих предприятий Среднего Ура-

ла», являющаяся частью проекта программы «Здоровье Урала», реализующая национальные программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых» и «Сохранение здоровья работающего населения России».

В практической деятельности медицинской службы ВСМППО были приняты к исполнению 6 программ, главной целью которых было сохранение здоровья работающих на предприятии.

1. Программа «Профилактика сердечно-сосудистых и производственно-отягощенных заболеваний» предусматривала принятие мер, направленных на снижение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и уменьшение от них потерь дней нетрудоспособности на производстве. Основу этой программы составил оптимизированный вариант лечебно-оздоровительных структур и мероприятий в системе медицинской реабилитации населения, включающий в себя дифференцированный подход к назначению лечебных и лечебно-оздоровительных мероприятий, учитывающих характер производственной деятельности индивида. Значительная роль в этом отводилась работе межцехового Центра здоровья и загородный оздоровительный центра.

2. Программа «Антитабачная компания» предусматривала уменьшение потребления табачных изделий путем медицинской пропаганды и поощрения бросивших курить и некурящих как возможная профилактика фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний. Программа включала в себя интенсивные беседы врача, психолога и пациента, в т. ч. индивидуальное консультирование, а также фармакотерапию с использованием никотинсодержащих препаратов.

3. Программа «Рациональное питание» создана при консультативной поддержке Института питания АМН РФ и реализовалась на уровне общепита предприятия с контролем за динамикой веса и здоровья работающих. Широко использовались методические рекомендации по оптимальным режимам питания, в основу которых были положены 12 принципов, разработанных ВОЗ.

4. Программа «Антистресс». Разработка этой программы была обусловлена необходимостью снижения повреждающей роли психоэмоциональной нагрузки у лиц административно-управленческого персонала и у сотрудников, работающих с компьютерной техникой, а также оздоровительные мероприятия после психоэмоционального тестирования.

5. Программа «Профилактика алкоголизма и наркомании» осуществлялась на популяционном уровне с привлечением административных структур, системы образования, медицинской службы муниципального образования и МСЧ предприятия.

6. Программа «Профилактика вибрационной болезни и нейросенсорной тугоухости» включала в себя как медицинские мероприятия (диагностика и лечение), так и техническое усовершенствование техноло-

гического процесса, дооснащение производства новым оборудованием и внедрением новой техники.

Существенный вклад в восстановление здоровья работающих на предприятии внесли лечебные и оздоровительные технологии, основу которых составили немедикаментозные лечебные факторы (водо- и грязелечение, массаж, ЛФК, терренкур) с включением по мере необходимости медикаментозной терапии.

Реализация организационно-методических подходов по сохранению здоровья работающего населения г. Верхняя Салда доказала их перспективность. Так, распространенность гипертонической болезни среди населения города снизилась на 2 %, число случаев временной нетрудоспособности снизилось на 28 %, трудовые потери по болезням органов пищеварения уменьшились на 26 %, по болезням сердечно-сосудистой системы – на 8 %, качество жизни повысилось у 56 % оздоровленных.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РИСК У ШАХТЕРОВ ВОСТОЧНОГО ДОНБАССА

Т. Е. ПИКТУШАНСКАЯ

*ГУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации № 2»
Ростовской области, г. Шахты, Россия*

Ведущими вредными факторами рабочей среды для шахтеров-угольщиков по-прежнему остаются аэрозоли преимущественно фиброгенного действия, локальная и общая вибрация, шум, неблагоприятный микроклимат, а также повышенная тяжесть и напряженность труда. По результатам аттестации рабочих мест, уровни воздействия вредных факторов в ведущих профессиях примерно на один класс ниже по сравнению с архивными данными Роспотребнадзора, промышленно-санитарных лабораторий и научных исследований, полученных в 90-е гг. XX века: при этом снижение интенсивности воздействия факторов не обусловлено совершенствованием технологических процессов и оборудования.

По данным официальной статистики, фактический и прогнозный уровень профессиональной заболеваемости в Российской Федерации, в том числе в угольной промышленности, имеет выраженную тенденцию к уменьшению, что обусловлено низким качеством проведения профилактических медицинских осмотров лечебно-профилактическими учреждениями общей сети и целенаправленным со стороны работодателя регулированием частоты выявления профессиональных заболеваний