

Милованкина Н.О., Рослая Н.А.

Качество жизни и резервные возможности у рабочих черной металлургии

ФБУН «Екатеринбургский медицинский -научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

Milovankina N.O., Roslaya N.A

The quality of life and reserve opportunities of the workers of ferrous

Резюме

При анализе показателей качества жизни, характеризующих здоровье, у рабочих производства черной металлургии выявлено достоверное снижение показателей, характеризующих психический статус и общего состояния здоровья при достаточно высоких показателях физического статуса. Установлено прямое влияние респираторных симптомов и степени бронхиальной обструкции на показатели качества жизни. Отклонения в большей степени выражены у женщин и при диагностике пневмоконозиса.

Ключевые слова: черная металлургия, качество жизни

Summary

At the analysis of indicators of quality of the life, characterizing health, at workers of manufacture of ferrous metallurgy authentic decrease in the indicators characterizing the mental status and the general state of health at enough high indicators of the physical status is revealed. Direct influence of respiratory symptoms and degree of bronchial obstruction on indicators of quality of life is established. Deviations are in a greater degree expressed at women and at pneumoconiosis diagnostics.

Keywords: ferrous metallurgy, quality of life

Введение

Оценке качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, в настоящее время во всем мире уделяется достаточно большое внимание [1,2,3]. Сфера применения оценки качества жизни пациентов с различной патологией достаточно широка, в то же время сведения о качестве жизни работников вредных профессий и больных с профессиональной патологией очень немногочисленны [4,5].

Материалы и методы

Изучены показатели качества жизни 87 рабочих (37 мужчин и 50 женщин) производства труб черных металлов, относящихся к группе риска по развитию пылевых заболеваний легких (ПЗЛ) с помощью Краткого вопросника оценки статуса здоровья» (MOS SF-36), включающий 9 параметров, отражающих физический и психосоциальный статус респондента [6]. Физический статус респондента отражают 5 показателей (физическая активность (ФА), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж) психосоциальный статус – также 5 параметров (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), социальная активность (СА), психическое здоровье (ПЗ), общее здоровье и жизнеспособность). Два последних показателя определяют как физическим, так и психическим статусом челове-

ка. Параметры КЖ оценивались по 100-бальной шкале. При этом, такие показатели, как физическая активность, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность и психическое здоровье оценивались как прямые (уровень КЖ выше при более высоком показателе), а роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, оценивались как обратные (более высокое значение показателя отражает меньшее его влияние на КЖ).

Средний возраст мужчин составил $51,7 \pm 1,9$, женщин – $50,9 \pm 1,4$ г. При углубленном обследовании в условиях стационара ЕМНЦ у 18 человек (7 мужчин и 11 женщин) установлено ПЗЛ - пневмоконозис. Параметры КЖ исследуемых пациентов сравнивались с таковыми в соответствующих возрастных группах общей популяции, а также с показателями качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) [3]. Дополнительно оценивались различия в уровне КЖ у лиц группы риска и больных ПЗЛ.

Результаты и обсуждение

У обследованных рабочих выявлен высокий уровень физической активности, сопоставимый со среднепопуляционным значением ($73,4 \pm 2,2$ и $75,9 \pm 0,7\%$). ФА больных ПЗЛ достоверно превышал показатель боль-

Таблица 1. Показатели качества жизни рабочих черной металлургии в зависимости от пола и наличия ПЗЛ

Показатели КЖ	Мужчины			Женщины		
	ХОБЛ	Группа риска	ПЗЛ	ХОБЛ	Группа риска	ПЗЛ
ФА	48,0±1,1	74,8±3,3	70,0±10,0	52,3±2,2	72,4±2,7	75,0±6,2*
РФ	36,6±1,7	65,8±6,4	42,9±6,1	40,9±4,1	59,4±5,1	50,0±4,2
Б	65,2±2,3	54,9±2,6	61,4±8,8	69,9±3,1	54,1±2,8	48,7±4,1*
ОЗ	43,8±0,8	50,1±2,2	43,3±6,2	43,1±1,6	47,6±1,9	36,7±3,1#
ЖС	40,7±0,8	63,3±2,6	62,1±8,9*	41,2±1,7	59,0±1,7	54,2±4,5*
СА	63,6±1,1	58,7±2,3	53,5±7,6*	60,0±2,3	49,1±1,6	50,0±4,2
РЭ	51,1±1,8	59,2±5,3	53,6±7,6	47,1±3,8	45,0±4,8	37,5±3,1
ПЗ	52,4±0,8	68,7±2,6	70,3±10,0	49,8±1,4	65,3±1,8	58,0±4,8

Примечание: * различия достоверные при $p < 0,05$ у больных ПЗЛ и ХОБЛ
различия достоверны при $p < 0,05$ у рабочих группы риска и больных ПЗЛ

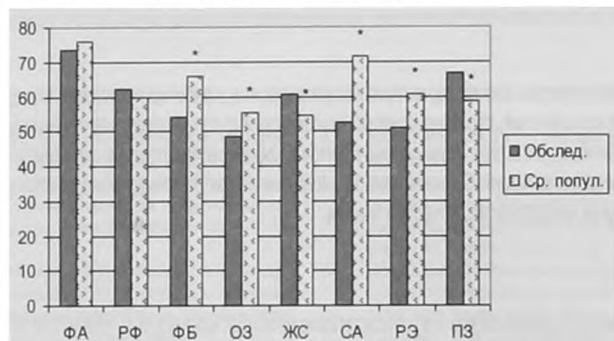


Рис. 1. Показатели качества жизни рабочих черной металлургии в сравнении со среднепопуляционными по РФ.

ных ХОБЛ (73,4±2,7% против 64,4±1,8%, $p < 0,05$) (рис. 1). Следовательно, наличие ПЗЛ в меньшей степени влияет на уровень ФА, чем наличие ХОБЛ. Существенных отличий по уровню ФА по полу (табл. 1) не выявлено (74,8±3,3 у мужчин и 72,4±2,7% у женщин). Наряду с этим выявлен более высокий уровень роли физических проблем со здоровьем, приводящих к ограничению повседневной жизнедеятельности по сравнению с таковыми в среднем по России и у больных ХОБЛ (62,1±4,2 против 59,7±1,1 и 50,7±3,3% соответственно). У мужчин он был выше, чем у женщин (65,8±6,4 против 59,4±5,1%), что можно объяснить адаптацией к физическим нагрузкам за время работы. В то же время, объем болевых ощущений у обследованных (54,1±1,9%), достоверно ниже как среднепопуляционного (65,9±0,8%), так и больных ХОБЛ (73,6±1,9%, $p < 0,01$), что свидетельствует о частых болевых ощущениях и влиянии их на жизнедеятельность пациентов. В большей степени боль беспокоила женщин больных ПЗЛ в сравнении с группой риска и женщинами больными ХОБЛ (48,7±4,1 против 54,1±2,8 и 69,9±3,1%, $p < 0,05$). Больше половины из них в течение последнего месяца испытывали сильную физическую боль, ограничивающую их нормальную работу.

Показатель общего состояния здоровья у обследованных рабочих более других отличался от среднего показателя по России (48,6±1,5 против 55,4±0,6%, $p < 0,001$) и практически не отличался от аналогичного показателя больных ХОБЛ (47,0±1,3%). У женщин с ПЗЛ выявлено достоверное снижение ОЗ в сравнении с группой риска

и женщин, больных ХОБЛ (36,7±3,1 против 47,6±1,9 и 43,1±1,6%, $p < 0,05$ соответственно). Более четверти женщин с ПЗЛ (27,3%) оценили состояние своего здоровья как плохое и ожидали ухудшения в состоянии здоровья в течение года, 63,4% - как удовлетворительное и только в одном случае как хорошее.

Состояние жизнеспособности исследуемых пациентов (60,8±1,5%) было достоверно выше среднепопуляционного показателя и аналогичного показателя при ХОБЛ (54,5±0,6 и 48,1±1,4%, соответственно, $p < 0,05$). При этом в группе больных ПЗЛ выявлены достоверные различия по полу (62,1±8,9 у мужчин против 54,2±4,5% у женщин, $p < 0,05$) более четверти женщин оценили свое самочувствие как усталое.

Среднее значение показателя социальной активности, оценивающее объем социальных связей у обследованных рабочих составило 52,7±1,3%, и было достоверно ниже как среднепопуляционного, так и аналогичного показателя больных ХОБЛ (71,6±0,7 и 70,4±1,7%, соответственно, $p < 0,01$). Физическое и психическое состояние здоровья у мужчин группы риска в большей степени ограничило контакты с другими людьми, чем у женщин (49,1±1,6 против 58,7±2,3%). У мужчин с ПЗЛ этот показатель был еще ниже, чем в группе риска (53,5±7,6 против 58,7±2,3%).

Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (характеризует степень ограничения повседневной активности эмоциональными проблемами) достоверно ниже у обследованных пациентов, чем в

среднем по России ($51,1 \pm 3,7$ против $60,7 \pm 1,1\%$, $p < 0,01$) и значительно ниже, чем у больных ХОБЛ ($62,0 \pm 3,0\%$). У мужчин эмоциональные ограничения менее выражены по сравнению с женщинами, как в группе риска, так и у лиц с ПЗЛ ($59,2 \pm 5,3$ против $45,0 \pm 4,8$ и $53,6 \pm 7,6$ против $37,5 \pm 3,1\%$, соответственно). У женщин эмоциональные ограничения более выражены при наличии ПЗЛ в сравнении с группой риска ($37,5 \pm 3,1$ против $45,0 \pm 4,8\%$).

Показатель психическое здоровье, оценивающий состояние ментальной сферы, составил $66,8 \pm 1,6\%$ и был достоверно выше как среднепопуляционного, так и у больных ХОБЛ ($58,6 \pm 0,5\%$, $p < 0,01$ и $56,2 \pm 1,4\%$, $p < 0,05$). При ПЗЛ этот показатель был значительно ниже у женщин ($58,0 \pm 4,8\%$) чем у мужчин ($70,3 \pm 10,0\%$). Среди женщин с ПЗЛ 27,3% оценивали свое состояние как грустное.

При корреляционном анализе выявлено прямое влияние кашля на степень ограничения повседневной деятельности больных эмоциональными проблемами ($r = -0,504$) и прямая зависимость между показателями функции внешнего дыхания и физического статуса ФА ($r = 0,359$), РФ ($r = 0,346$), и ОЗ ($r = 0,465$).

Проведенный шестиминутный шаговый тест подтвердил снижение резервных возможностей организма у больных с пылевой патологией легких по сравнению с группой риска: у мужчин – $491,3 \pm 6,7$ против $502,6 \pm 8,6$ м, у женщин – $481,9 \pm 11,7$ против $528,3 \pm 7,4$ м.

Выводы

1. У стажированных рабочих производства черной металлургии выявлено достоверное снижение показателей качества жизни, характеризующих психический статус и общего состояния здоровья при достаточно высоких показателях физического статуса.

2. Установлено прямое влияние респираторных симптомов и степени бронхиальной обструкции на показатели качества жизни.

3. У больных профессиональными заболеваниями органов дыхания в производстве черных металлов большинство показателей КЖ снижены в сравнении со среднепопуляционными значениями, а также показателями КЖ рабочих группы риска.

4. Исследование качества жизни является важным показателем контроля над течением заболевания, дополняющим данные мониторинга функционального статуса пациентов, позволяющим оценить резервные возможности организма. ■

Милованкина Н.О., зав. профпатологическим отделением восстановительного лечения ФБУН «ЕМНЦ ПОЗРПП» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург; Рослая Н.А., д.м.н., зав. отделом профпатологии и физиотерапии ФБУН «ЕМНЦ ПОЗРПП» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Милованкина Нионелла Олеговна, 620014, г. Екатеринбург, ул. Московская, д. 12, тел. 8 (343) 371-90-89

Литература:

1. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Изд-во «Атмосфера», 2004: 256.
2. Domingo-Salvany A., Lamarca R., Ferrer M. et al. Health-related Quality of life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary disease. Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 2002; 166: 680-685.
3. Katsura H., Yamada K., Kida K. Usefulness of a linear analog scale questionnaire to measure health-related quality of life in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. J. Amer. Geriatr. Soc. 2003; 51: 1131-1135.
4. Рослая Н.А., Хасанова Г.Н. Влияние профессиональных заболеваний органов дыхания на показатели качества жизни пациентов. Мед труда и пром. экология. 2010; 2: 44-47.
5. Оранский И.Е., Рослая Н.А., Лихачева Е.И., Хасанова Г.Н. Очерки о качестве жизни в понятиях медицины труда. Екатеринбург, 2010: 43-52.
6. Boueri F.M., Bucher-Bartelson B.L., Glenn K.A., Make B.J. Quality of the measured with a generic instrument (Short Form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest 2001; 119: 77-84.