

Зеленко А. В., Синякова О. К., Семушина Е. А., Щербинская Е. С.

КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Научно-практический центр гигиены, г. Минск, Республика Беларусь

Охрана и укрепление здоровья работающего населения является одной из важнейших проблем как медицины труда, так и здравоохранения в целом. Регулярная диспансеризация и профилактические медицинские осмотры работников являются важнейшими массовыми и высокоэффективными технологиями здоровьесбережения.

В настоящее время для раннего выявления заболеваний все шире используются системы скрининга. При этом скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и выявлять факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (далее ХНИЗ), которые играют ведущую роль в заболеваемости населения. Однако для того, чтобы обязательные профилактические медицинские осмотры работающих стали реальным способом контроля за их здоровьем, в рамках их проведения должны быть предусмотрены мероприятия по коррекции выявленных факторов риска развития ХНИЗ.

Проведенный нами анализ заболеваемости работников, занятых в подземных условиях, позволил установить достоверную связь развития заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной системы с подземными условиями труда и подтвердил необходимость реализации проведения медицинских осмотров с учетом сформированных групп риска.

В качестве примера мероприятий по коррекции факторов риска ХНИЗ рассмотрим наиболее распространенные виды патологии – болезни органов дыхания (далее БОД) и болезни системы кровообращения (далее БСК).

Патология органов дыхания имеет высокую распространенность и является одной из главных причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения и, согласно ВОЗ, это единственная из причин смертности, частота которой продолжает расти. (А.Г. Чучалин, 2003, Н.С. Антонов, 2006). По мнению экспертов ВОЗ, к 2020 г. хроническая обструктивная болезнь легких (далее ХОБЛ) будет занимать пятое место среди общей заболеваемости в мире. Воздействие промышленных аэрозолей экспертами ВОЗ признано одним из факторов риска развития ХОБЛ. Профессиональные заболевания органов дыхания по распространенности и тяжести занимают одно из ведущих мест в профессиональной патологии. (Б.Т. Величковский, 2005).

Можно предложить следующие мероприятия по коррекции факторов риска развития БОД.

✓ При выявлении сочетания двух и более факторов риска развития БОД рекомендовано проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на повышение адаптационно-защитных сил организма, не реже двух раз в год в течение 2-3 месяцев, осенью и весной [1].

✓ Существенно повысит эффективность диспансерного наблюдения работников групп риска развития БОД проведение вакцинации против гриппа, пневмококковой, гемофильной инфекций, так как грипп провоцирует и осложняет течение практически всех заболеваний и нередко является причиной декомпенсации ХНИЗ. Первоочередной задачей является создание единой системы мониторинга и контроля вакцинации против гриппа и других инфекций.

✓ При проведении медицинских осмотров после частых ОРВИ, острых бронхитов и пневмоний рекомендуется иммунологическое обследование, включающее определение относительного и абсолютного количества лимфоцитов в периферической крови, в сыворотке крови концентрацию основных иммуноглобулинов – А, М, G, общего Ig E; определение ЦИК; определение сенсибилизации к химическим аллергенам и бактериальным агентам [2].

✓ При обследовании работников групп риска развития БОД при стаже работы свыше 10 лет во вредных и опасных условиях труда (пылевой, химический фактор) рекомендуется включение в комплекс обследования эхокардиографии для оценки наличия легочной гипертензии и диастолической дисфункции правого желудочка сердца[3].

✓ В программу профилактических медицинских осмотров у работников, занятых в подземных условиях труда, целесообразно включение расчета среднегодового снижения форсированной жизненной емкости легких и объема форсированного выдоха за первую секунду с целью оценки прогноза снижения вентиляционной функции легких [4].

✓ С целью профилактики БОД у работников, занятых во вредных и опасных условиях труда, рекомендовано проводить детоксикацию с постоянным соблюдением питьевого режима, употреблением в пищу продуктов, содержащих пектин, полиненасыщенные жирные кислоты семейства омега 3; посещение сауны 1 раз в 1-2 недели [1].

✓ В целях борьбы с фиброгенной пылью и для снижения отрицательного эффекта воздействия факторов производственной среды необходимо усилить контроль за обеспечением и применением средств индивидуальной защиты.

Весьма актуальной в современных условиях является коррекция факторов риска развития БСК. В Европейском регионе ВОЗ выделяет семь основных факторов риска: повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, недостаточное потребление фруктов и овощей, малоподвижный образ жизни, употребление табака, злоупотребление алкоголем. Отсутствие зависимости между факторами повышенного сердечно-сосудистого риска и качеством жизни, уровнем тревожности в сочетании с низкой информированностью о состоянии собственного здоровья обуславливают недостаточную приверженность граждан к выполнению врачебных рекомендаций по профилактике и лечению БСК.

Скрининговые обследования позволяют выявлять лиц с «предгипертонией», а также лиц с первичной вегетативной дисфункцией, функциональной нестабильностью миокарда и с субклиническим атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей. Поэтому все пациенты, у которых был определен риск развития БСК, нуждаются в модификации образа жизни, до-

полнительном лабораторном и инструментальном обследовании с целью выявления поражения органов-мишеней и решения вопроса о целесообразности назначения патогенетической терапии.

Диагностические критерии факторов риска развития БСК [5]:

✓ АГ (систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт. ст.) либо проведение гипотензивной терапии;

✓ Дислипидемия - отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена (общий холестерин > 5 ммоль/л; липопротеиды высокой плотности у женщин < 1,0 ммоль/л, у мужчин < 1,2 ммоль/л; липопротеиды низкой плотности > 3 ммоль/л; триглицериды > 1,7 ммоль/л) или проведение гиполипидемической терапии;

✓ Повышенный уровень глюкозы в крови (натощак > 6,1 ммоль/л) или проведение гипогликемической терапии;

✓ Курение табака – выкуривание одной и более сигареты в день;

✓ Избыточная масса тела – индекс массы тела 25-29,9 кг/м², ожирение – индекс массы тела более 30 кг/м²;

✓ Нерациональное питание - избыточное потребление жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4 – 6 порций в сутки);

✓ Низкая физическая активность – ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день;

✓ Риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ;

✓ Суммарный сердечно-сосудистый риск при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом.

Для эффективного выявления и коррекции факторов риска БСК предлагается проведение профилактических медосмотров в два этапа.

Алгоритм действий медицинского работника на 1-м этапе следующий:

предложить пациенту заполнить анкету для выявления наличия факторов риска БСК;

интерпретировать данные анкетирования, определить величину суммарного риска БСК и оценить его;

проинформировать работника как о негативном влиянии факторов риска БСК на здоровье и необходимости осуществления контроля над ними, так и о значении здорового образа жизни в профилактике БСК;

сообщить работнику о необходимости углубленного индивидуального профилактического консультирования, наличии возможности пройти его в поликлинике и пригласить пациента;

выдать пациенту работнику памятку по здоровому образу жизни, содержащую рекомендации по коррекции выявленных у него факторов риска БСК;

зарегистрировать в «Медицинской карте амбулаторного больного» сведения о выявленных факторах риска, данных рекомендациях и сроке повторного контрольного визита.

2-й этап предполагает углубленное профилактическое консультирование, целью которого является формирование у работника установки на ответственное отношение к здоровью, мотивирование на отказ от вредных привычек, негативно влияющих на здоровье, обучение методам контроля факторов риска БСК.

Предлагается следующий алгоритм действий медицинского работника при углубленном профилактическом консультировании:

разъяснить пациенту необходимость снижения риска БСК через поддержание здорового образа жизни;

дать пациенту рекомендации по коррекции факторов риска БСК;

обсудить и составить совместно с пациентом конкретный план оздоровления, график повторных визитов и контроля факторов риска БСК с формированием обратной связи в процессе обсуждения;

сформировать у пациента конкретные умения по самоконтролю (уровня АД, глюкозы крови, массы тела и др.) и основам оздоровления поведенческих привычек;

зарегистрировать в «Медицинской карте амбулаторного больного» сведения о данных рекомендациях и сроке повторного контрольного визита.

Формирование контингента риска развития наиболее значимых ХНИЗ и внедрение мероприятий по коррекции факторов риска будет способствовать повышению результативности медико-профилактических мероприятий по сохранению здоровья и управлению риском развития данных заболеваний у работающего населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Козявина, Н. В.* Клинико-иммунологические особенности хронических заболеваний органов дыхания у жителей Приморского края : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.05 / Н. В. Козявина; Сиб. отд. Рос. акад. мед. наук, Дальневост. науч. центр физиологии и патологии дыхания, Ин-т мед. климатологии и восстановит. лечения. Владивосток, 2004. 135 с.

2. *Цидильковская, Э. С.* Роль иммунных механизмов в патогенезе профессиональных заболеваний органов дыхания у рабочих алюминиевых предприятий: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.50 / Э. С. Цидильковская ; НИИ медицины труда РАМН. М., 2005. 129 с.

3. *Милованкина, Н. О.* Клинико-гигиеническое обоснование программы медицинской реабилитации рабочих группы риска развития профессиональных заболеваний органов дыхания в трудном производстве: дисс. ... канд. мед. наук : 14.02.04 / Н. О. Милованкина. Екатеринбург, 2012. 162 с.

4. *Одинцева, О. В.* Тотальный бронхоальвеолярный лаваж в системе лечебно-профилактических мероприятий при хроническом бронхите у шахтеров Кузбасса: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.05 / О. В. Одинцева ; Науч.-клинич. центр охраны здоровья шахтеров. Ленинск-Кузнецкий, 2003. 154 с.

5. *Выявление факторов риска и начальных проявлений сердечно-сосудистых заболеваний при амбулаторном обследовании лиц трудоспособного возраста / Е. Д. Докина [и др.] // Кардиология. 2011. № 10. С. 75–80.*