

ния водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)» (Зарегистрировано в Минюсте России 11.03.2016 № 41376)

6. ФЗ от 10.12.1995 № 196-ФЗ (ред. от 01.05.2016) «О безопасности дорожного движения».

7. Эльгаров А.А., Жилова И.И., Кереева З.Ш. // Мед. труда и пром. экология. — 2007. — № 5. — С. 7–10

5. RF Health Ministry Order on 15/06/2015 № 344n «On obligatory medical examination of vehicle drivers (driver candidates)» (Registered in RF Justice Ministry on 11/03/2016 № 41376) (in Russian)

6. Federal Law on 10/12/1995 № 196-FZ (ed on 01/05/2016) «On traffic safety» (in Russian)

7. El'garov A.A., Zhilova I.I., Kerefova Z.Sh. // Industr. med. — 2007. — 5. — P. 7–10 (in Russian).

REFERENCES

1. Betuganova L.V., Zhilova I.I., Kalmykova M.A. // Vrach skoroy pomoshchi. — 2014. — 8. — P. 21–26 (in Russian).

2. Kalmykova M.A., El'garov A.A., El'garov M.A. // Industr. med. — 2014. — 5. — P. 1–7 (in Russian).

3. RF Government Decree on 29 December 2014 № 1604 «On lists of medical contraindications, medical indications and medical limitations for driving a vehicle» (in Russian).

4. RF Health Ministry Order on 2 May 2012 № 441n CPM «On approval of procedure of release of certificates and medical conclusions by medical institutions» (in Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Хоружая Ольга Геннадиевна (Khoruzhaya O.G.),
асс. каф. профпат. с курсом МСЭ ФПК и ППС ГБОУ ВПО
«Ростовский гос. мед. ун-т» Минздрава России. E-mail:
olga.horujaja@mail.ru.

Цодикович Александр Ефимович (Tsodikovich A.E.),
гл. вр. МСЧ ПАО «Роствертол». E-mail: msch@rostvert.
ru.

Поступила 27.06.2016

УДК 614.1:613.6

Н.Ф. Измеров¹, Т.Е. Пиктушанская²

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

¹ФГБНУ «НИИ МТ», пр-т Буденного, д. 31, Москва, Россия, 105275

²ГБУ РО «Лечебно-реабилитационный центр №2», пер. Дубинина, 4, г. Шахты, Ростовская обл., Россия, 346510

Проведен анализ показателей смертности больных профессиональными заболеваниями в угольной промышленности за 1968–2014 гг. (9271 случай). Выявлено существенное увеличение возраста и стажа работников, впервые взятых на учет в центре профпатологии, а также шестикратное сокращение сроков продолжительности жизни от момента установления диагноза профессионального заболевания до смерти. Обоснована необходимость разработки и реализации порядка динамического наблюдения за состоянием здоровья работников с высоким уровнем профессионального риска и больными профзаболеваниями, а также комплексной системы медицинской реабилитации лиц с начальными стадиями профессиональных заболеваний.

Ключевые слова: больные профессиональными заболеваниями, диспансерное (динамическое) наблюдение, медицинская реабилитация, показатели смертности, сроки дожития.

N.F. Izmerov, T.E. Pictushanskaya. **Mortality parameters of patients with occupational diseases and evaluation of medical care quality**

¹FSBSI «РИОН», 31, Prospect Budennogo, Moscow, Russia, 105275

²State budget enterprise of Rostov region «Rehabilitation center №2», 4, Dubinina lane, Shakhty, Rostov region, Russia, 346510

The authors analyzed mortality parameters among occupational disease patients in coal industry over 1968–2014 (9271 cases). Findings are significant increase in age and length of service in workers first registered in occupational pathology center, and 6-fold decrease of life span from occupational disease diagnosis till death. The

authors necessitate specification and implementation of follow-up procedure in workers with high occupational risk and in occupational diseases patients, and complex medical rehabilitation for individuals with primary stage of occupational diseases.

Key words: occupational diseases patients, follow-up, medical rehabilitation, mortality parameters, survival time.

Преждевременная смертность трудоспособного населения является одной из ведущих медико-демографических проблем в стране [2,5,7]. Для успешного социально-экономического развития России необходимо обеспечить снижение профессиональных рисков и сохранение здоровья работающего населения.

Одним из важнейших показателей профессионального риска является профессиональная заболеваемость и инвалидность, уровень которых наиболее высок в отраслях экономики, связанных с добычей и использованием природных ископаемых [4,8,9]. Проблема формирования и профилактики профессиональной заболеваемости остается актуальной в течение длительного времени, причем одну из центральных позиций в ней занимают вопросы влияния профессиональных заболеваний на качество и продолжительность жизни работников.

Значительное число современных работ зарубежных авторов посвящено изучению показателей смертности профессиональных больных с заболеваниями органов дыхания, работавших на предприятиях по добыче рудных полезных ископаемых, в том числе каменного угля. Установлено, что показатели смертности больных силикозом от болезней органов дыхания достоверно выше соответствующих популяционных возрастных показателей, тогда как общая смертность существенно не превышает ожидаемых величин. Показано также, что в структуре причин смерти больных с профессиональными заболеваниями органов дыхания наблюдается заметное снижение доли случаев смерти от болезней органов кровообращения, а также от рака других органов (кроме легких) по сравнению с популяционными данными.

Ни в отечественной, ни в зарубежной литературе не встречается анализ продолжительности жизни лиц, имевших различные профессиональные заболевания, что и побудило нас провести сравнение показателей смертности больных с профессиональными заболеваниями за последние несколько десятилетий.

Целью исследования является динамический анализ показателей смертности больных профессиональными заболеваниями с учетом факторов профессионального риска.

Материалы и методы. В основу положен анализ Регистра профессиональных больных, созданный в Ростовском областном центре профпатологии (РОЦПП), в который в настоящее время внесена информация более чем на 46 тыс. больных, взятых на учет в РОЦПП, начиная с конца 50-х годов 20 века. На каждого умершего больного с профессиональным заболеванием в базу данных внесены сведения, касающиеся его профессионального здоровья от начала дис-

пансерного наблюдения (предварительного, либо первого периодического медосмотра) до смерти, включая сроки выявления отдельных признаков и установления диагноза профессионального заболевания, этапов его клинического течения, присоединявшихся других заболеваний и осложнений, видов, объема и сроков медицинской реабилитации, оценки ее эффективности, результатов экспертизы трудоспособности.

Проанализированы данные 9271 умершего больного с профессиональным заболеванием, которые при жизни работали в угольной промышленности и находились на диспансерном учете в РОЦПП в период 1960–2014 гг. Анализировали продолжительность жизни больных от момента взятия на диспансерный учет и/или установления диагноза профессионального заболевания до смерти с учетом профессии, исходного диагноза профессионального заболевания, причины смерти, возраста и стажа работы по специальности, а также ряда других признаков.

Результаты и обсуждение. В структуре профессиональных заболеваний среди умерших ведущее место занимали болезни органов дыхания: антракосиликоз (57,8%) и пылевой бронхит (24,1%); около 15% приходилось на вибрационную болезнь, удельный вес радикулопатии не превышал 3%, а нейросенсорной тугоухости 1%.

Из общего числа взятых для анализа умерших профессиональных больных (9271) наибольший удельный вес (36,9%) имеет возрастная группа 60–69 лет. Далее следуют больные в возрасте 70–79 лет (31,9%), на третьем месте группа 50–59 лет (18,3%) (табл. 1).

Более половины (64,0%) всех профессиональных больных умирает, либо не дожив до пенсионного возраста мужчин, либо в первые 10 лет после его наступления. В возрасте 70–79 лет умирает около трети, а до 80 и более лет доживает лишь 4,2% профессиональных больных. Довольно высоким (8,7% или каждый 11-й больной) остается удельный вес умерших в возрасте до 50 лет.

В структуре причин смерти профессиональных больных Ростовской области более 80% занимают три основные группы причин: болезни системы кровообращения (43,6%), злокачественные новообразования (20,3%) и профессиональные заболевания (17,7%) (табл. 2).

В структуре болезней системы кровообращения как причин смерти чуть более половины (51%) приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС), около трети (29,4%) — на острое нарушение мозгового кровообращения, 12% — на инфаркт миокарда и остальные 3,8% занимают прочие болезни кровообращения. Злокачественные новообразования легких, трахеи,

Таблица 1

Распределение умерших профессиональных больных по возрасту и стажу работы

Стаж работы, лет	Показатель	Возраст, лет							Всего
		30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90+	
<10	абс. число	11,0	89,0	122,0	113,0	124,0	25,0		482
	%	11,8	12,5	7,2	3,3	4,2	7,1		5,2
10–14	абс. число	44,0	66,0	41,0	72,0	68,0	19,0	7,0	315
	%	47,1	9,3	2,5	2,1	2,3	5,5	18,2	3,4
15–19	абс. число	35,0	181,0	70,0	161,0	154,0	42,0	7,0	649
	%	38,2	25,3	4,1	4,7	5,2	11,8	18,2	7
20–24	абс. число	3,0	278,0	355,0	345,0	349,0	72,0	10,0	1409
	%	2,9	38,9	20,9	10,1	11,8	20,5	27,3	15,2
25–29	абс. число		97,0	655,0	855,0	689,0	72,0	10,0	2373
	%		13,6	38,6	25,0	23,3	20,5	27,3	25,6
30–34	абс. число		3,0	360,0	999,0	716,0	61,0	3,0	2142
	%		0,4	21,2	29,2	24,2	17,3	9,1	23,1
35–39	абс. число			80,0	667,0	479,0	22,0		1252
	%			4,8	19,5	16,2	6,3		13,5
40 +	абс. число			14,0	209,0	378,0	39,0		649
	%			0,8	6,1	12,8	11,0		7
Итого	абс. число	93,0	714,0	1697,0	3421,0	2957,0	352,0	37,0	9271
	%	1,0	7,7	18,3	36,9	31,9	3,8	0,4	100

Таблица 2

Распределение умерших профессиональных больных по причинам смерти

Причина смерти	Абсолютное число	%
Болезни системы кровообращения, всего,	4042	43,6
<i>из них: ишемическая болезнь сердца</i>	2061	51
<i>острое нарушение мозгового кровообращения</i>	1188	29,4
<i>инфаркт миокарда</i>	489	12,1
<i>гипертоническая болезнь</i>	150	3,7
<i>прочие болезни системы кровообращения</i>	154	3,8
Злокачественные новообразования, всего,	1882	20,3
<i>из них: злокачественные новообразования легких, трахеи, бронхов</i>	683	36,3
<i>прочие злокачественные новообразования</i>	1199	63,7
Профессиональные заболевания, всего,	1641	17,7
<i>из них: антракосиликоз, антракосилкотуберкулез</i>	989,0	60,3
<i>хронический пылевой бронхит</i>	335,0	20,4
<i>прочие болезни органов дыхания</i>	317,0	19,3
Сахарный диабет	28	0,3
Туберкулез	56	0,6
Неотложные хирургические состояния	232	2,5
Внешние причины (несчастные случаи, отравления, травмы)	537	5,8
Прочие причины	612	6,6
Причина не установлена	241	2,6
Итого	9271	100

бронхов составляют свыше трети (36,3%) от всех злокачественных новообразований, ставших причиной смерти профессиональных больных.

В структуре профессиональных болезней как причин смерти основную долю занимают антракосиликоз и антракосилкотуберкулез (60,3%), а остальные случаи смерти практически поровну распределяются между хроническим пылевым бронхитом (20,4%) и прочими болезнями органов дыхания (19,3%).

Следует отметить, что первые две группы причин, т. е. болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования занимают те же лидирующие места, что и в популяционной структуре причин смерти мужчин трудоспособного и посттрудоспособного возраста. Что касается внешних причин смерти, которые также занимают лидирующее место в популяционной структуре причин мужской смертности, то в когорте профессиональных больных

они практически незначимы, поскольку их суммарная доля не превышает 6,0%.

И наоборот, крайне высокая доля профессиональных заболеваний в структуре причин смерти профессиональных больных является характерной для этой профессиональной группы, поскольку именно среди шахтеров-угольщиков широко распространены профессиональные заболевания пылевой этиологии, ведущие к ранней дыхательной недостаточности, инвалидности и смерти.

За период 1960–2014 гг. более чем в шесть раз сократился период с момента установления у работника профессионального заболевания до смерти, причем этот показатель практически идентичен для всех основных профессиональных заболеваний. Статистически значимые различия средних сроков продолжительности жизни по сравнению с предыдущим временным периодом получены для антракосиликоза, пылевого бронхита, вибрационной болезни и радикулопатии (табл. 3).

Средний возраст умерших больных за этот же период сократился в среднем на 12,6 лет с максимальным показателем свыше 18 лет у больных с вибрационной болезнью и радикулопатиями, причем для антракосиликоза, пылевого бронхита и вибрационной болезни различия в динамике статистически достоверны (табл. 4).

Полученные результаты подтверждены построением кривых выживаемости методом Каплана-Мейера после установления диагноза профессионального заболевания. Эти кривые свидетельствуют о стабильном снижении продолжительности жизни в период с 1960 по 2014 г. профессиональных больных с антракосиликозом, пылевым бронхитом, радикулопатией и вибрационной болезнью.

Анализ паспортных данных и стажевых характеристик умерших больных показал, что в динамике наблюдаемого периода неуклонно возрастал как возраст, так и стаж работы по профессии при взятии работника на диспансерный учет в РОЦПП. Если до начала 70-х годов 20-го века рабочие-угольщики находились на постоянном диспансерном наблюдении в специализированном центре профпатологии, начиная с 10-летнего стажа работы по специальности (средний стаж работы $12,8 \pm 1,7$ года), при этом их возраст не превышал 40 лет (средний возраст $35,6 \pm 1,7$ года), то в последующем каждую пятилетку стаж и возраст увеличивались, как минимум, на 5 лет (средний пятилетний прирост возраста составил $5,1 \pm 0,7$, стажа — $5,7 \pm 0,7$ года). В 2000–2009 гг., шахтеры стали впервые браться на диспансерный учет в возрасте старше 55 лет (средний возраст $56,0 \pm 2,9$ года) при практически максимально возможном к этому возрасту ($36,4 \pm 2,8$ года) стаже работы по профессии.

Таблица 3

Динамика средних сроков продолжительности жизни работников с момента постановки диагноза профессионального заболевания до смерти в зависимости от диагноза, лет

Заболевание	1960–1969	1970–1979	1980–1989	1990–1999	2000–2014	Число раз***
Антракосиликоз	$37,6 \pm 0,7$	$26,8 \pm 0,6^{**}$	$16,6 \pm 0,5^{**}$	$10,7 \pm 0,4^{**}$	$5,3 \pm 0,3^{**}$	7,1
Пылевой бронхит	$26,7 \pm 0,9$	$22,7 \pm 0,9^*$	$14,8 \pm 0,7^{**}$	$9,9 \pm 0,6^{**}$	$5,5 \pm 0,5^{**}$	4,8
Вибрационная болезнь	$34,0 \pm 1,7$	$29,9 \pm 1,6$	$17,3 \pm 1,3^{**}$	$10,0 \pm 1,0^{**}$	$5,1 \pm 0,8^{**}$	6,7
Радикулопатия	$46,0 \pm 3,0$	$23,3 \pm 2,5^{**}$	$19,0 \pm 2,4$	$11,1 \pm 1,9^*$	$6,9 \pm 1,5$	6,7
ПСНТ	$45,0 \pm 5,6$	$31,3 \pm 5,3$	$21,6 \pm 4,7$	$13,5 \pm 3,9$	$6,6 \pm 2,8$	6,8
Всего	$37,8 \pm 2,4$	$26,8 \pm 2,2$	$17,9 \pm 1,9$	$11,1 \pm 1,6$	$5,9 \pm 1,2$	6,4

Примечания: различия с предыдущим временным периодом статистически достоверны: * — $p < 0,01$; ** — $p < 0,001$; *** кратность различий минимальной и максимальной величин.

Таблица 4

Динамика среднего возраста смерти работников с профессиональными заболеваниями в зависимости от диагноза, лет (все работники)

Заболевание	1960–1969	1970–1979	1980–1989	1990–1999	2000–2014	Макс.разница***
Антракосиликоз	$75,6 \pm 0,6$	$71,2 \pm 0,6^*$	$70,7 \pm 0,6^{**}$	$72,9 \pm 0,6$	$72,0 \pm 0,6^{**}$	3,6
Пылевой бронхит	$73,0 \pm 0,9$	$69,5 \pm 1,0$	$64,6 \pm 1,0^{**}$	$65,3 \pm 1,0^*$	$59,5 \pm 1,0$	13,5
Вибрационная болезнь	$74,3 \pm 1,5$	$71,9 \pm 1,6$	$63,4 \pm 1,7$	$57,2 \pm 1,7^*$	$55,9 \pm 1,7$	18,4
Радикулопатия	$73,0 \pm 2,7$	$68,2 \pm 2,8$	$64,9 \pm 2,9$	$55,4 \pm 3,0$	$54,5 \pm 3,0$	18,5
ПСНТ	$76,0 \pm 4,8$	$68,7 \pm 5,3$	$70,5 \pm 5,2$	$69,4 \pm 5,2$	$67,1 \pm 5,3$	8,9
Всего	$74,4 \pm 2,1$	$69,9 \pm 2,2$	$66,8 \pm 2,3$	$64,1 \pm 2,3$	$61,8 \pm 2,3$	12,6

Примечания: различия с предыдущим временным периодом статистически достоверны: * — $p < 0,01$; ** — $p < 0,001$; *** разница между первым и конечным периодом наблюдения.

За этот же период существенно сократились средние сроки продолжительности жизни больных с профессиональным заболеванием от момента взятия на диспансерный учет и/или постановки диагноза профессионального заболевания до смерти: если в середине прошлого века больные после выявления у них профессионального заболевания, включая силикоз и силикотуберкулез, жили в среднем еще 35–40 лет, то к 2014 г. — не более 5–7 лет.

Очевидно, что на продолжительность жизни больных с профессиональным заболеванием должны существенно влиять две группы причин: с одной стороны — интенсивность и длительность воздействия вредных факторов рабочей среды, с другой — качество медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, которой подвергаются больные с профессиональными заболеваниями на протяжении жизни [1,3,5,6].

Общеизвестно, что в России в настоящее время сложилась парадоксальная ситуация: при росте удельного веса рабочих мест с неудовлетворительными условиями труда в стране постоянно снижается уровень профессиональной заболеваемости. Современные социально-экономические реалии на рынке труда привели к тому, что профессиональные заболевания стали невыгодны всем социальным партнерам: работодателю, государству в лице фонда социального страхования, медицинским организациям, проводящим периодические медицинские осмотры, и, наконец, самому работнику.

Определение ФЗ №125-ФЗ профессионального заболевания как страхового случая, сопряженного с обязательной утратой трудоспособности, с одновременным исключением практики углубленного обследования в центрах профпатологии лиц с начальными проявлениями профессиональных заболеваний и последующей их этапной медицинской реабилитацией на здравпунктах, в медико-санитарных частях, санаториях-профилакториях и центрах профпатологии, фактически ликвидировало сформированную к середине 20-го века в СССР уникальную систему профилактического лечения и непрерывного диспансерного наблюдения работников.

Вследствие этого профессиональные заболевания стали выявляться на поздних стадиях формирования, когда доля профессиональных больных, признаваемых инвалидами при первичном медико-социальном освидетельствовании, достигла в некоторых регионах страны 90%» [4,5,7].

В Приказе Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными

и (или) опасными условиями труда» предусмотрено отнесение каждого осмотренного работника к одной из трех групп диспансерного наблюдения. Однако в стране до настоящего времени отсутствует единый регламент диспансерного (динамического) наблюдения за состоянием здоровья работников вредных профессий с начальными признаками и больных профзаболеваниями. Задачей диспансерного (динамического) наблюдения должно стать максимальное отдаление сроков развития выраженных клинических стадий профессиональных заболеваний, обеспечивающее удовлетворительное качество жизни и профессиональное долголетие работников.

Выводы. 1. Анализ показателей смертности больных с профессиональными заболеваниями в угольной промышленности за период 1960–2014 гг. выявил существенный рост возраста и стажа работников, впервые взятых на учет в центре профпатологии, а также шестикратное сокращение сроков продолжительности жизни профессиональных больных от момента установления диагноза профессионального заболевания до смерти. 2. Необходима неотложная разработка и реализация комплексной системы медицинской реабилитации работников с начальными признаками воздействия вредных факторов рабочей среды на организм, а также с начальными стадиями профессиональных заболеваний. 3. Внедрение представленной системы на федеральном уровне позволит выявить значительные скрытые резервы сокращения причин смерти в трудоспособном и раннем посттрудоспособном возрасте, а также сохранить длительную работоспособность населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова М.С., Куковьякин С.А. // Вятский мед. вестник. — 2007. — № 2–3. — С. 127.
2. Алексеенко С.Н., Рубцова И.Т., Редько А.Н. // Науч. труды Всеросс. науч.-практ. конф. — М., 2006. — С. 46–51.
3. Измеров Н.Ф. // Мед. труда и пром. экология. — 2008. — №911. — С. 1–4.
4. Пузин С.Н., Гришина Л.П., Лунев В.П. Инвалидность трудоспособного населения в Российской Федерации. — М., 2007. — 208 с.
5. Рукавишников В.С., Шаяхметов С.Ф., Гуськова Т.М. // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. — 2007. — № 2. — С. 10–14.
6. Симонова Н.И., Кондрова Н.С. // Мед. труда и пром. экология. — 2010. — № 6. — С. 1–7.
7. Тихонова Г.И. // Мат. VI Всеросс. конгр. «Профессия и здоровье». — М., 2007. — С. 25–26.
8. Шестаков В.П. // Вестник СПб ГМА им. И.И. Мечникова. — 2005. — № 1. — С. 43–46.
9. Шумов А.В., Ивановский А.Г. // Общ. здоровье и профилактика заболеваний. — 2006. — №6 (20). — С. 46–52.

REFERENCES

1. Aleksandrova M.S., Kukovyakin S.A. // Vyatskiy meditsinskiy vestnik. — 2007. — 2–3. — P. 127 (in Russian).

2. Alekseenko S.N., Rubtsova I.T., Red'ko A.N. // Scientific papers of Russian research and practical conference. — Moscow, 2006. — P. 46–51 (in Russian).

3. Izmerov N.F. // Industr. med. — 2008. — 9. — P. 1–4 (in Russian).

4. Puzin S.N., Grishina L.P., Lunev V.P. Disablement of able-bodied population in Russian Federation. — Moscow, 2007. — 208 p. (in Russian).

5. Rukavishnikov V.S., Shayakhmetov S.F., Gus'kova T.M. // Byul. VSNTs SO RAMN. — 2007. — 2. — P. 10–14 (in Russian).

6. Simonova N.I., Kondrova N.S. // Industr. med. — 2010. — 6. — P. 1–7 (in Russian).

7. Tihonova G.I. // Materials of VI Russian congress «Occupation and health». — Moscow, 2007. — P. 25–26 (in Russian).

8. Shestakov V.P. // Vestnik SPb GMA im. I.I. Mechnikova. — 2005. — 1. — P. 43–46 (in Russian).

9. Shumov A.V., Ivanovskiy A.G. // Obshch. zdorov'e i profilaktika zabolevaniy. — 2006. — 6 (20). — P. 46–52 (in Russian).

Поступила 27.06.2016

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Измеров Николай Федотович (Izmerov N.F.),
науч. рук. ФГБНУ «НИИ МТ», проф., академик РАН.
E-mail: niimt@niimt.ru.

Пиктушанская Татьяна Евгеньевна (Pictushanskaya T.E.),
гл. вр. ГБУ РО «Лечебно-реабилитационный центр №2»,
канд. мед. наук. E-mail: centreab@yandex.ru.

УДК 616–057+616.833.24–002

Н.В. Яковлева¹, Ю.Ю. Горблянский¹, Т.Е. Пиктушанская²

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ШАХТЕРОВ-УГОЛЬЩИКОВ

¹ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, пер. Нахичеванский, 29, г. Ростов-на-Дону, Россия, 344022

² ГБУ РО «Лечебно-реабилитационный центр № 2», пер. Дубинина, 4, г. Шахты, Ростовская область, Россия, 346510

Построены прогнозные модели риска развития профессиональной пояснично-крестцовой радикулопатии (ППКР) в сочетании с вибрационной болезнью (ВБ) и с профессиональной сенсо-невральной тугоухостью (ПСНТ) у шахтеров-угольщиков с болью внизу спины (БНС) и признаками воздействия вредных производственных факторов на состояние здоровья. Научно обосновано определение групп высокого и низкого риска нарушения здоровья шахтеров по результатам расчетов предложенных формул прогнозных моделей. Установлено, что с каждым следующим годом после первичного выявления у шахтера БНС и признаков воздействия вредных производственных факторов на состояние здоровья шансы развития ППКР в сочетании с вибрационной болезнью (ВБ) увеличивались на 15% (OR = 1,151; 95%CI = 1,105–1,200), в сочетании с ПСНТ — на 5% (OR = 1,054, 95%CI = 1,097–1,507). Вероятность заболеть ПСНТ в сочетании с ППКР была наибольшей у шахтеров в возрастной группе 30–39 лет, а сочетанное развитие ВБ и радикулопатии наиболее часто отмечалось у шахтеров возрастной группы 40–49 лет (OR = 1,542; 95%CI = 1,154–2,062).

Ключевые слова: шахтеры-угольщики, пояснично-крестцовая радикулопатия, коморбидные заболевания, прогнозирование риска.

N.V. Yakovleva¹, Yu.Yu. Gorblyanskiy¹, T.E. Pictushanskaya². **Factors forecasting risk of lumbosacral radiculopathy and comorbid diseases development in coal miners**

¹Rostov-on-Don State Medical University Ministry of health of Russia, 29, Nakhichevansky lane, Rostov-on-Don, Russia, 344022

²State budget enterprise of Rostov region «Rehabilitation center №2», 4, Dubinina lane, Shakhty, Rostov region, Russia, 346510

The authors constructed forecasting models of risk for occupational lumbosacral radiculopathy combined with vibration disease and occupational neurosensory deafness in coal miners suffering from lower back pain and signs of occupational hazards influence on health state. Scientific basis covered determination of high and low risk groups for health disorders in miners, according to calculations within suggested formula in forecasting models. Findings are that