

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

И.А.Бердыева

ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ, 675000,
г. Благовещенск, ул. Горького, 95

РЕЗЮМЕ

Согласно данным отечественной и зарубежной литературы, уровень заболеваемости медицинских работников превышает таковой среди населения трудоспособного возраста в целом. Проведена оценка заболеваемости врачей путем изучения и сопоставления ее различных видов: по обращаемости, с временной утратой трудоспособности, по результатам дополнительной диспансеризации, с помощью анамнестического метода. Выполнен статистический ретроспективный анализ отчетно-учетной медицинской документации: медицинская карта амбулаторного больного (форма №025/у) в количестве 520; форма статистического наблюдения №16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» за 2007, 2008, 2009 гг.; форма №1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» и социологический анализ методом анкетирования. Проанализированы особенности развития заболеваний в различных возрастных и профессиональных группах. Общая заболеваемость врачей и заболеваемость с временной нетрудоспособностью медицинских работников превышают аналогичные показатели среди взрослого населения Амурской области, но достоверно ниже заболеваемости по данным саморегистрации. Наибольший вклад в распространенность заболеваний у врачей вносят болезни системы кровообращения, органов дыхания, мочеполовой системы, органов пищеварения. Более высокая заболеваемость по данным саморегистрации отмечена у врачей амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, чем среди врачей стационаров. Структура заболеваний достоверно различна в возрастных и профессиональных группах, что позволяет установить возрастные и профессиональные риски возникновения развития заболеваний с переходом в хроническую патологию. Показатели заболеваемости медицинских работников по данным саморегистрации превышают аналогичные данные, зарегистрированные в учетно-отчетной медицинской документации, что может свидетельствовать о низкой активности медицинских работников при обращении за медицинской помощью, высоком риске возникновения патологии с переходом в хронические формы и развития профессиональной заболеваемости.

Ключевые слова: медицинские работники, заболеваемость, нетрудоспособность.

SUMMARY

ANALYSIS OF MORBIDITY OF MEDICAL WORKERS OF THE AMUR REGION

I.A. Berdyeva

Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str.,
Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

According to the data of both domestic and foreign literature, the morbidity of physicians exceeds that among the population of able-bodied age. An estimation of medical workers morbidity was done by studying and comparison of its various kinds: medical aid appealability, temporary disability, results of additional prophylactic medical examination, anamnestic method. Statistical retrospective analysis of registration and report medical documentation was done: a medical card of the outpatient (form №025/u), 520 in number; the form of statistical supervision №16-BN «The data about the reasons of temporal invalidity» for 2007, 2008 and 2009 years; the form №1-DD «The data about additional prophylactic medical examination of working citizens» and sociological analysis by a questionnaire method. The peculiarities of development of diseases in various age and professional groups are analyzed. The general morbidity of physicians and morbidity with temporal invalidity exceed similar indicators among adult population of the Amur Region, but are authentically below the morbidity according to self-registration. Cardiovascular, respiratory, urino-genital and gastrointestinal diseases contribute greatly to the morbidity of physicians. Higher morbidity is typical for the physicians of out-patient clinics than for the physicians of hospitals according to self-registration. The structure of diseases is authentically various depending on age and profession of physicians, which allows to establish age and professional risks of development of diseases with transition into chronic pathology. Indicators of physicians morbidity according to self-registration exceed the similar data registered in the registration-report medical documentation, which proves low activity of physicians at medical aid appealability and high risk of development of chronic form of diseases and professional diseases.

Key words: medical workers, morbidity, invalidity.

Высокие уровни заболеваемости, инвалидизации и смертности населения, особенно выраженные на территории Дальневосточного региона России, определяют необходимость системного анализа факторов, обеспечивающих эффективный уровень влияния здравоохранения на качество и доступность медицинской помощи и, следовательно, улучшение индикаторов общественного здоровья [3]. Важнейшими факторами

формирования здоровья населения, определяющего социальное и экономическое развитие общества, являются состояние здравоохранения и здоровье его работников.

Работники здравоохранения – одна из социальных групп населения, испытывающая на себе все реальные проблемы общественной жизни, которая призвана в определенной степени амортизировать их в ходе массовых контактов населения с медицинской сетью [5]. Иными словами, медицинские работники находятся в кругу как своих собственных жизненных проблем, так и проблем своих пациентов, в известной мере испытывая двойную социально-психологическую нагрузку. Это является одним из факторов, существенно влияющих на здоровье работников здравоохранения в современных условиях [2]. Согласно имеющимся данным, уровень заболеваемости медицинских работников превышает таковой среди населения трудоспособного возраста в целом [1, 4, 6].

В соответствии с руководством Р 2.2.755-99 МЗ РФ от 23.04.1999 г. «Гигиенические критерии оценки условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса», появление на фоне напряженной трудовой деятельности медицинского персонала двух или более вредных производственных факторов (химических, физических и др.) характеризует условия их труда как условия наиболее высокой степени опасности развития профессиональных заболеваний [5], роста общей хронической заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ).

Проблема организации эффективной системы охраны здоровья медицинских работников заключается в отсутствии обязательного учета заболеваемости в учреждениях здравоохранения, такого как в других отраслях народного хозяйства. Отдельные показатели в системе социального страхования, профсоюзных организациях и лечебно-профилактических учреждениях не дают полного представления о здоровье работников отрасли. Сочетанное воздействие комплекса неблагоприятных факторов производственной среды, ненадлежащее выполнение администрацией лечебно-профилактических учреждений обязательств по обеспечению безопасных условий труда, отсутствие ведомственной медицинской помощи ведет к росту заболеваемости работников здравоохранения [2].

Полная и объективная характеристика заболеваемости может быть дана только при изучении и сопоставлении ее различных видов: по обращаемости, с ВУТ, с помощью анамнестического метода. Заболеваемость по обращаемости дает представление преимущественно об острых заболеваниях и хронических процессах в стадии обострения. Она является только частью фактической заболеваемости, так как не учитывает заболеваний, по поводу которых больной не обращался в медицинское учреждение. Заболеваемость с ВУТ тоже является только частью фактической заболеваемости, так как не все заболевания влекут за собой утрату трудоспособности. Анамнестический метод

позволяет ретроспективно изучить заболеваемость и влияние на нее условий жизни.

Цель настоящего исследования – комплексная медико-социальная оценка заболеваемости врачей Амурской области с учетом половозрастных особенностей и профессиональной деятельности.

Материалы и методы исследования

Характеристика первичной заболеваемости и ее распространенности была основана на материалах пятилетней обращаемости врачей в медицинские учреждения и регистрации каждого случая обращения в медицинской карте амбулаторного больного (форма №025/у). Всего было проанализировано 520 карт, средний возраст врачей составил $42,3 \pm 1,36$ лет. Большая часть карт принадлежали женщинам – 69%, остальные 31% – мужчинам. Проводился ретроспективный анализ заболеваемости с ВУТ по форме статистического наблюдения №16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» за 2007, 2008, 2009 гг., заболеваемости по результатам дополнительной диспансеризации по отчетной форме №1-ДД «Сведения о ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (лечебно-профилактических учреждений), заболеваемости по данным саморегистрации с использованием разработанных анкет. Общее количество опрошенных составило 500 человек. Статистическая обработка материала проводилась в программе Bio Stat 2009 и Statistica 6.1 с расчетом парного t-критерия Стьюдента, критерия χ^2 и корреляционного анализа К.Пирсона (r).

Результаты исследования и их обсуждение

Общая заболеваемость врачей за период 2005-2010 гг. не имеет четкой прямой тенденции к снижению или увеличению, наблюдается волнообразное изменение данного показателя. Так, самый высокий показатель был зарегистрирован в 2006 г., он составил 1600,0 случаев на 1000 врачей. При сравнении данных за 2005 и 2010 гг. наблюдается снижение показателя общей заболеваемости с 1540,4 до 1461,5 случаев на 1000 соответствующего контингента (темп прироста составил 5,2%).

В период с 2005 по 2009 гг. общая заболеваемость врачей превышала аналогичные показатели среди взрослого населения Амурской области (в 2005 г. на 12,6%, в 2006 г. на 11,5%). В 2010 г. общая заболеваемость врачей была ниже аналогичного показателя среди взрослого населения Амурской области (1511,5 на 1000 населения), что может быть связано со снижением фактической обращаемостью за медицинской помощью врачей (рис. 1).

По данным за 2010 г. наибольший вклад в распространенность заболеваний у врачей вносят следующие классы заболеваний: болезни системы кровообращения – 276,9 случаев на 1000 врачей, органов дыхания – 232,7 на 1000 врачей, мочеполовой системы – 207,7 на 1000 врачей, органов пищеварения – 184,6 на 1000 врачей, нервной системы – 165,4 случаев на 1000 врачей.

В структуре обращаемости врачей области за 2010 г. болезни органов кровообращения занимают первое место (18,9%), органов дыхания – второе (15,9%), мочеполовой системы – третье (14,2%), пищеварительной системы – четвертое (12,6%), нервной системы – пятое (11,3%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – шестое место (9,3%).

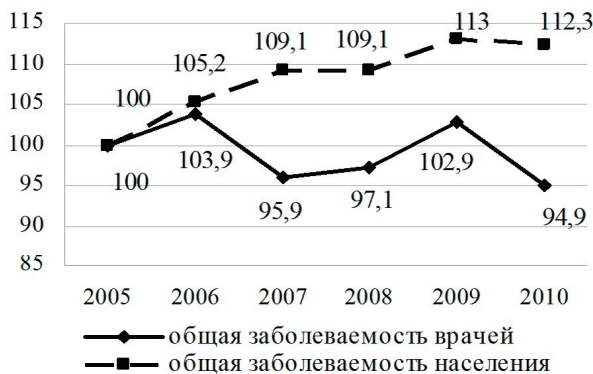


Рис. 1. Динамика распространенности заболеваний врачей и населения Амурской области (в показателях наглядности).

Необходимо отметить, что структура распространенности заболеваний врачей отличается от структуры распространенности заболеваний населения Амурской области, в которой первое место занимают болезни органов дыхания (24,4%), второе – органов кровообращения (14,2%), третье – органов пищеварения (7,9%), четвертое – болезни глаза и его придатков (7,4%), пятое – мочеполовой системы (6,5%), шестое – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,3%).

За период с 2005 по 2010 гг. отмечается увеличение первичной заболеваемости врачей с 701,9 до 780,8 на 1000 соответствующего контингента. Самой высокой первичная заболеваемость была в 2006 г. (936,5‰) и в 2009 г. (869,2‰). Самый высокий показатель первичной заболеваемости врачей зарегистрирован в 2006 г. (936,5‰), что значительно превышает ($p < 0,05$) аналогичный показатель взрослого населения Амурской области (734,1‰).

Наибольший вклад в первичную заболеваемость изучаемого контингента в 2010 г. внесли следующие группы заболеваний: болезни органов дыхания – 163,3‰, органов пищеварения – 157,4‰, системы кровообращения – 98,1‰, болезни нервной системы – 84,6‰.

Необходимо отметить, что структура первичной заболеваемости врачей Амурской области в 2010 г. существенно отличается от структуры распространенности заболеваний врачей. Так, в структуре первичной заболеваемости преобладали болезни органов дыхания (20,9%), второе место занимали болезни органов пищеварения (20,1%), болезни системы кровообращения оказались на третьем ранговом месте (12,6%), а болезни мочеполовой системы – на пятом (8,1%).

В классе болезней системы органов кровообраще-

ния наиболее значимыми явились ишемическая болезнь сердца (ИБС) и болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением. Показатель заболеваемости ИБС у врачей имеет тенденцию к увеличению и в 2010 г. составил 65,3 на 1000 соответствующего контингента (в 2009 г. – 62,6 на 1000 врачей), что превышает показатель заболеваемости ИБС населения Амурской области (59,5 на 1000 взрослого населения). Первичная заболеваемость ИБС возросла на 2,1% и составила в 2010 г. 4,2 на 1000 врачей, что свидетельствует об ухудшении их здоровья. Общая заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением возросла на 4,4% и составила в 2010 г. 88,2 на 1000 врачей, первичная заболеваемость снизилась и составила 4,8 на 1000 врачей, что превышает аналогичный показатель населения Амурской области (4,0 на 1000 населения).

По классу болезней органов дыхания наблюдается снижение показателей заболеваемости: общая заболеваемость в 2010 году составила 232,7 случаев на 1000 врачей (в 2009 г. – 239,3 случаев), первичная заболеваемость составила 163,3 случаев на 1000 врачей (в 2009 г. – 178,1 случаев). Данный результат может быть обусловлен повышением качества оказания медицинской помощи или снижением фактической обращаемости врачей за медицинской помощью в случае появления заболевания или обострения хронического процесса.

В классе болезней органов дыхания преобладают острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (74,2 случаев), бронхит (11,2 случаев), пневмония (7,2 случаев).

Снижение показателей заболеваемости наблюдается также по классу болезней органов мочеполовой системы: общая заболеваемость врачей в 2010 г. составила 163,3 случаев на 1000 соответствующего контингента (в 2009 г. – 171,4 случаев), первичная 63,5 на 1000 врачей (в 2009 г. – 69,2 случаев). В данной группе преобладают мочекаменная болезнь (14,1 случаев), болезни женских половых органов невоспалительного генеза (7,5 случаев).

Заболеваемость с ВУТ на 100 медицинских работников в 2009 г. в ряде лечебно-профилактических учреждений области варьировала от 24,8 случаев и 314,8 дней нетрудоспособности до 116,3 случаев и 1453,7 дня нетрудоспособности. При этом анализ заболеваемости медицинских работников с ВУТ по классам болезней показал, что число таких случаев в среднем по области составляет 58,7 на 100 медицинских работников, число дней нетрудоспособности – 843,7, средняя длительность 1 случая нетрудоспособности – 15,5 дня, что превышает показатели заболеваемости с ВУТ на 100 работающих Амурской области (53,0 случая, 800,7 дней).

За период 2006–2009 гг. показатели заболеваемости с ВУТ (случаи на 100 медицинских работников) имели максимально высокие величины в 2008 г., а максимально низкие – в 2006 г., с некоторым ростом в 2009 г. относительно 2006 и 2007 гг. (рис. 2). Подобный характер динамики заболеваемости с ВУТ потребовал

использования специальных методов статистического анализа. Линия регрессии $y = -1,6833x^3 + 11,75x^2 - 22,767x + 69,5$ иллюстрирует тенденцию к снижению заболеваемости с ВУТ. Согласно предварительному прогнозу, в 2011 г. ожидается снижение показателя заболеваемости с ВУТ в 1,46 раза по сравнению с данными 2006 г. Кроме того, число случаев ВУТ за период 2006-2009 гг., согласно шкале оценки показателей заболеваемости с ВУТ (по Е.Л.Ноткину), характеризуется, как низкое и ниже среднего. При этом число случаев временной нетрудоспособности у мужчин было в 1,5-2,2 раза ниже числа случаев таковой у женщин ($p < 0,05$).

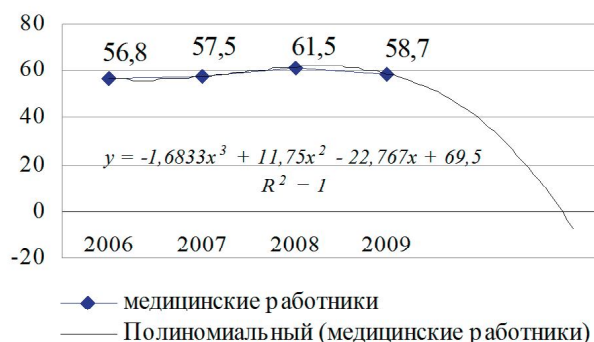


Рис. 2. Динамика заболеваемости с ВУТ медицинских работников, случаи на 100 соответствующего контингента.

В структуре ВУТ в 2009 г. первое место занимают болезни органов дыхания – 17,3 случаев на 100 работающих, второе место – травмы и отравления (7,1), третье место – болезни системы кровообращения (6,8). Далее следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 4,2 случая на 100 работающих, болезни мочеполовой системы – 3,8 случая на 100 работающих, затем следуют болезни органов пищеварения и болезни нервной системы. На эти 7 ведущих классов болезней приходилось 70% всех случаев нетрудоспособности медицинских работников.

Установлена обратная корреляционная связь слабой силы между возрастом медицинских работников и частотой заболеваемости с ВУТ ($r = -0,548$).

В ходе исследования самый высокий показатель заболеваемости с ВУТ зарегистрирован в возрастной группе 25-29 лет – 16,7 случаев на 100 работающих. В других возрастных группах он был несколько ниже: в группе 30-34 года – 14,9 случаев на 100 работающих, в группе 45-49 лет – 13,9 случаев, в группе 35-39 лет – 12,2 случаев, самым низким показатель наблюдался в группе 55-59 лет – 8,2 случаев на 100 работающих.

Снижается длительность временной нетрудоспособности в расчете на 100 работающих (рис. 3). Линия регрессии $y = -23,3x^3 + 139,8x^2 - 224,9x + 933,7$ демонстрирует постепенное снижение трудопотерь в связи с временной утратой трудоспособности. В 2011 г. ожидается снижение длительности временной нетрудоспособности в 1,6 раза по сравнению с 2006 г.

Структура ВУТ в 2009 по продолжительности представлена следующим образом: первое место зани-

мают болезни органов дыхания – 209,9 дней на 100 работающих; второе место – болезни системы кровообращения (121,89 дня), третье место – травмы и отравления (112,96 дней). Далее следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 94,2 дня на 100 работающих, болезни мочеполовой системы – 56,7 дней на 100 работающих, затем следуют болезни органов пищеварения и болезни нервной системы. На эти 7 ведущих классов болезней приходилось 76% всех дней нетрудоспособности медицинских работников. Стоит обратить внимание на наличие временной нетрудоспособности по причине туберкулеза (8,1 дней на 100 медицинских работников). Кроме того, показатели длительности временной нетрудоспособности у мужчин были более чем в 2,5-3,7 раза ниже по сравнению с женщинами ($p < 0,05$). О низкой медицинской активности врачей-мужчин свидетельствует и то, что частота их обращений за медицинской помощью по отдельным классам болезней (в том числе болезням органов дыхания, сердечно-сосудистой и мочеполовой систем) почти в 2,8 раза ниже по сравнению с женщинами ($p < 0,05$).

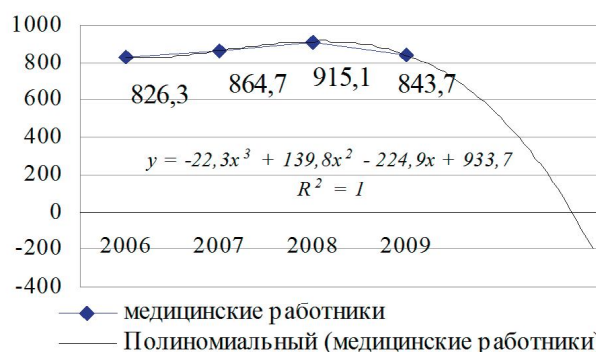


Рис. 3. Динамика длительности временной нетрудоспособности с ВУТ медицинских работников области, дни на 100 соответствующего контингента.

Выявлена тенденция к снижению продолжительности одного случая заболевания за изучаемый период времени (с 15,5 до 14,1 дней). Темп убыли средней длительности одного случая нетрудоспособности составил (-9%).

По данным медицинских осмотров, проведенных в рамках дополнительной диспансеризации медицинских работников, в Амурской области в период 2007-2009 гг. выявлены заболевания у 45,4 из 100 осматриваемых врачей. У большей части установлена сочетанная патология, поэтому патологическая пораженность составила $68,8 \pm 0,8$ на 100 осматриваемых.

В структуре хронической патологии, выявленной по результатам медицинского обследования работников здравоохранения, первое ранговое место занял класс болезней системы кровообращения (26,4%), уровень распространенности которого составил $18,1 \pm 0,7$ на 100 осматриваемых. Вторым по значимости является класс болезней глаза и его придаточного аппарата (14,4%), частота встречаемости – $9,9 \pm 0,5$ на 100 осматриваемых. На третьем месте – класс болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, его доля

равна 11,6%, частота случаев – $8,0 \pm 0,5$ на 100 осматриваемых. Далее идут болезни мочеполовой и эндокринной систем, расстройства питания, обмена веществ.

Комплексная оценка состояния здоровья обследованного контингента показала, что по результатам последнего медицинского осмотра $50,8 \pm 0,9\%$ врачей состоят на диспансерном учете, причем у $29,9 \pm 0,8\%$ медработников имеется первая группа здоровья, у $10,9 \pm 0,5\%$ – вторая, у $55,4 \pm 0,9\%$ – третья, у $0,9 \pm 0,2\%$ – четвертая группы.

Частота выявленных заболеваний в результате проведения дополнительной диспансеризации среди врачей городских учреждений здравоохранения составила $52,1 \pm 1,0$ на 100 обследованных, что почти в 1,1 раза выше аналогичного показателя среди врачей сельской местности ($47,9 \pm 1,6$).

По результатам саморегистрации среднегодовая частота случаев острых или обострений хронических заболеваний в исследуемых группах, с которыми врачи обращались в медицинские учреждения, либо лечились самостоятельно, в 2010 г. составила 1882,0 случаев на 1000 врачей. Первичная заболеваемость по данным саморегистрации в 2010 г. отмечалась в количестве 792,3 случаев на 1000 врачей, причем в сравнении с 2005 г. данные показатели имеют тенденцию к увеличению.

Динамика заболеваемости по данным саморегистрации имеет отрицательный прогностический характер и является актуальной в обработке медицинских данных.

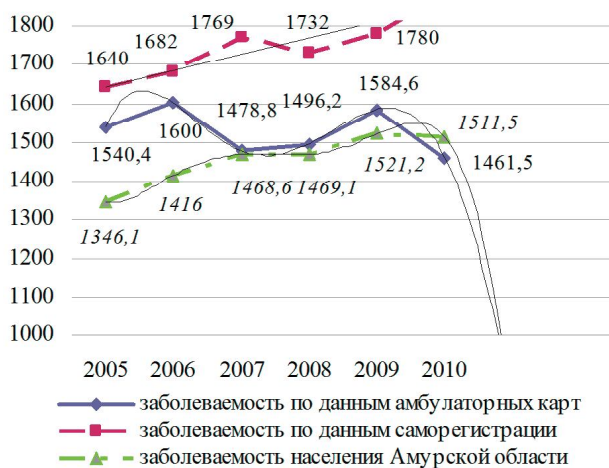


Рис. 4. Общая заболеваемость врачей и населения Амурской области на 1000 соответствующего контингента (по видам регистрации).

Прогностическая значимость представлена линейным уравнением с прогнозом на 2 периода:

$$\text{Показатель заболеваемости} = 41,91x + 1600; R^2 = 0,861;$$

где x – период времени, для которого проводится вычисление показателя заболеваемости; R^2 – степень достоверности аппроксимации.

Данная функция на основании методики линейного

тренда в высокой степени достоверности аппроксимации ($R^2 = 86\%$) показывает изменение показателя заболеваемости врачей по результатам саморегистрации.

Динамика показателей заболеваемости, полученных в результате выкипировки из амбулаторных карт (y_1) и заболеваемости населения Амурской области (y_2) имеет положительный прогностический характер. Прогностическая значимость представлена полиномиальными уравнениями с прогнозом на 2 периода:

$$y_1 = -2,963x^5 + 50,22x^4 - 315,3x^3 + 894,8x^2 - 1068x + 1787; R^2 = 1;$$

$$y_2 = 1,434x^5 - 37,63x^4 + 336,3x^3 - 1296x^2 + 2115x + 421,5; R^2 = 1;$$

где x – период времени, для которого проводится вычисление показателя заболеваемости, R^2 – степень достоверности аппроксимации.

Данная функция на основании методики полиномиального тренда в высокой степени достоверности аппроксимации ($R^2 = 100\%$) показывает изменение показателя заболеваемости врачей по результатам выкипировки из амбулаторных карт и заболеваемости населения Амурской области.

На основании этого можно сделать вывод о низкой активности врачей при обращаемости за медицинской помощью в случае возникновения заболевания. Кроме того, показатель распространенности заболеваний по данным саморегистрации выше аналогичного показателя, полученного при выкипировке данных из амбулаторных карт и выше показателя общей заболеваемости населения Амурской области. Более высокая заболеваемость по данным саморегистрации отмечена у врачей амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения (2191,6 случаев на 1000 соответствующего контингента), чем среди врачей стационаров (1968,4 случаев).

Изучение распространенности заболеваний среди врачей по материалам саморегистрации показало, что хронические и острые заболевания имеют 155,2 на 100 опрошенных врачей сельских учреждений и 221,5 на 100 опрошенных врачей городских учреждений здравоохранения ($p < 0,05$).

По материалам проведенного опроса, в структуре заболеваемости врачей преобладает класс болезней системы пищеварения, составляющий 21,1% ($41,6 \pm 2,2$ на 100 опрошенных). Второе место в структуре заболеваемости врачей по данным саморегистрации принадлежит классу болезней органов кровообращения, его доля составляет 20%, частота ответов – $39,4 \pm 2,2$ на 100 респондентов. На третьем месте находятся болезни костно-мышечной системы, составляющие в структуре заболеваемости 16,9% и по частоте регистрации в анкетах – $33,4 \pm 2,1$ на 100 опрошенных. Четвертое место в структуре заболеваний врачей занимает класс болезней мочеполовой системы – 7,7% ($15,2 \pm 1,6$ на 100 респондентов). На пятом месте – класс болезней органов дыхания, его доля соответствует 7,3%, показатель распространенности – $14,4 \pm 1,6$ на 100 анкетированных.

Таблица 1

Распределение врачей по наличию заболеваний в профессиональных группах по данным саморегистрации в 2010 г. (на 100 опрошенных в каждой группе)

Показатели		Терапевты	Хирурги	Педиатры	Акушеры-гинекологи	Узкие специалисты
1	Болезни органов кровообращения	45,5±4,3* ^{3,5,6,7,8}	39,2±6,8* ^{3,5,6,7,8}	38,5±4,7* ^{1,2,3,6,7}	36,7±6,2* ^{3,7}	36,9±4,1* ^{3,5,6,7,8}
2	Болезни органов пищеварения	41,0±4,2* ^{3,5,6,7,8}	33,3±6,6* ^{5,6,7,8}	52,9±4,9* ^{1,3,5,6,7,8}	40,0±6,3* ^{3,5,7,8}	39,1±4,1* ^{3,5,6,7,8}
3	Болезни органов дыхания	14,2±3,0* ^{1,2,4}	17,6±5,8* ^{1,4,6,7}	14,4±3,4* ^{1,2,4}	13,3±4,4* ^{1,2,4}	14,5±3,0* ^{1,2,4}
4	Болезни костно-мышечной системы	33,6±4,0* ^{3,5,6,7,8}	35,3±6,6* ^{3,5,6,7,8}	39,4±4,8* ^{3,5,6,7,8}	30±5,9* ^{3,7}	30,4±3,9* ^{3,5,6,7,8}
5	Болезни мочеполовой системы	11,9±2,8* ^{1,2,4}	7,8±3,7* ^{1,2}	24,0±4,2* ^{2,4}	23,3±5,4* ²	10,1±2,6* ^{1,2,4}
6	Болезни нервной системы	16,4±3,2* ^{1,2,4}	1,9±1,9* ^{1,2,3,4}	13,5±3,4* ^{1,2,4}	23,3±5,4	13,8±2,9* ^{1,2,4}
7	Болезни эндокринной системы	10,4±2,6* ^{1,2,4}	3,9±2,7* ^{1,2,3,4}	13,5±3,4* ^{1,2,4}	15±4,6* ^{1,2,4}	17,4±3,2* ^{1,2,4}
8	Болезни глаза и его придаточного аппарата	14,9±3,0* ^{1,2,4}	9,8±1,3* ^{1,2,4}	23,1±4,1* ^{2,4}	21,7±5,3* ²	13,0±2,9* ^{1,2,4}

Примечание: * – статистически значимые различия ($p < 0,05$) по отношению к соответствующему классу заболеваний (1–8) по критерию χ^2 К.Пирсона, точному критерию Фишера.

При изучении закономерностей уровней заболеваемости в зависимости от специальности было определено (табл. 1), что в группе терапевтов и хирургов достоверно выше ($p < 0,05$) количество заболеваний органов кровообращения, занимающих первое место в структуре распространенности (22,4% у врачей терапевтов, 26,3% – у врачей хирургов). В группе педиатров, акушеров-гинекологов и узких специалистов ранговая структура классов болезней среди опрошенных врачей кардинально изменяется. Лидирующую позицию занимает класс болезней органов пищеварения (22,6, 18,7 и 21,3%, соответственно), в то время как в группе терапевтов данный класс болезней находится на втором (20,2%), а в группе хирургов – на третьем месте (22,3%). Болезни костно-мышечной системы выделяются высокими показателями во всех профессиональных группах – второе место у врачей-педиатров (16,9%) и хирургов (23,7%), третье – у терапевтов (16,5%), акушеров-гинекологов (14,1%), узких специалистов (16,5%).

При изучении закономерностей уровней заболеваемости в зависимости от возраста (табл. 2) было определено, что наиболее высокие темпы прироста числа заболеваний отмечаются в возрасте от 35 до 44 лет (на 11,8%) и от 45 до 54 лет (на 24,8%). В возрастных категориях старше 55 лет наблюдается тенденция к снижению показателя заболеваемости, по сравнению с возрастной группой 45-54 года, что может быть следствием увеличения дисбаланса между острой и хронической патологией в пользу последней.

Динамика показателей заболеваемости различных возрастных групп имеет отрицательный прогностический характер. Установленное возрастное изменение

уровней заболеваемости свидетельствует о необходимости повышенного внимания к состоянию здоровья врачей в возрасте 35-45 лет, поскольку именно в этом периоде происходит активное накопление рисков и начинается развитие хронической патологии.

В структуре заболеваемости, выявленной при опросе врачей 24-34 лет, преобладают классы болезней органов пищеварения – 23,8%, причем показатель распространенности данного класса болезней достоверно не отличается во всех возрастных группах. Болезни органов кровообращения занимают второе ранговое место – 16,3%, причем показатель заболеваемости по данному классу достоверно ниже, чем у врачей в возрасте 45 лет и старше ($p < 0,05$). На третьем месте находятся болезни глаза и его придаточного аппарата – 11,4%, распространенность которых достоверно ниже в возрастной группе 55-64 года.

В следующем возрастном интервале опрошенных врачей ранговая структура заболеваемости меняется в основном за счет классов болезней костно-мышечной (21,9%) и пищеварительной системы (21,1%), которые выходят, соответственно, на первое и второе место, «оттесняя» болезни глаза и его придаточного аппарата (11,8%) и системы кровообращения (11%) на третью и четвертую позиции.

В возрастной группе 45-54 года наблюдается повышение заболеваемости по классу болезней системы кровообращения (в 2,2 раза) по сравнению с возрастным интервалом 35-44 года. Второе место в структуре по-прежнему занимают болезни системы пищеварения (20,3%), а болезни костно-мышечной системы смещаются на третье место (16,4%), хотя данный показатель превышает аналогичный в возрастной группе

24-34 года ($p < 0,05$).

К 55-64 годам ощутимый рост уровня заболеваемости по сравнению с предыдущим возрастным интервалом опрошенных отмечен по заболеваниям системы кровообращения – в 1,4 раза, заболеваниям костно-мышечной системы (в сравнении с возрастной группой 24-34 года) – в 2,6 раза. В структуре классов болезней впервые лидирующую позицию занимает класс болезней системы кровообращения – 31,3%. Выявленная закономерность позволяет выделить возрастной рубеж для изучаемого контингента, обозначающий необходи-

мость начала лечебно-диагностических и ряда других важнейших мероприятий вторичной профилактики для предупреждения развития осложнений сердечно-сосудистой патологии. На второе место в структуре перемещается класс болезней костно-мышечной системы соединительной ткани (21,3%), достоверно превышающий аналогичный показатель у врачей в возрасте 24-34 года, на третье – класс болезней органов пищеварения. Стоит отметить, что впервые в данной возрастной группе на 4 место выходят болезни эндокринной системы – 8,7%.

Таблица 2

Распределение врачей по наличию заболеваний в возрастных группах по данным саморегистрации в 2010 г. (на 100 опрошенных в каждой группе)

Показатели	Возрастные группы				
	24-34 года	35-44 года	45-54 года	55-64 года	более 65 лет
	1	2	3	4	5
Болезни органов кровообращения	27,0±4,0* ^{2,3,4,5}	20,3±3,5* ^{1,3,4,5}	45,1±3,8* ^{1,2,4}	65,3±5,6* ^{1,2,3}	68,4±6,4* ^{1,2}
Болезни органов пищеварения	39,3±4,4	39,1±4,3	46,9±3,9	34,7±5,6	36,8±7,9
Болезни органов дыхания	14,7±3,2	14,1±3,1	14,6±2,7	12,5±3,9	5,2±5,0
Болезни костно-мышечной системы	17,2±3,4* ^{2,3,4}	40,6±4,3* ¹	37,8±3,8* ¹	44,4±5,8* ¹	31,5±6,8
Болезни мочеполовой системы	13,9±3,1	14,1±3,0	16,4±2,9	16,7±4,4	10,5±7,0
Болезни нервной системы	13,1±3,0* ³	8,6±2,4* ³	21,9±3,2* ^{1,2,4}	5,5±2,6* ³	21,0±9,3
Болезни эндокринной системы	10,6±2,8	10,1±2,6	17,1±2,9	18,1±4,5	15,8±8,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	18,8±3,5* ⁴	21,9±3,6* ⁴	17,7±2,9	8,3±3,2* ^{1,2}	0

Примечание: * – статистически значимые различия ($p < 0,05$) по отношению к соответствующей возрастной группе (1–5) по критерию χ^2 К.Пирсона, точному критерию Фишера.

В возрасте 65 лет и старше продолжают лидировать болезни сердечно-сосудистой системы, прирост которых составляет 2,5 раза по сравнению с возрастной группой 24-34 года. Болезни системы пищеварения встречаются у каждого пятого опрошенного врача, болезни костно-мышечной и соединительной ткани – у каждого шестого, нервной системы – у каждого девятого врача.

Обобщение результатов социологического опроса позволило выделить классы заболеваний, распространенность которых прогрессивно растет в течение всего периода работы в учреждениях здравоохранения. Эту тенденцию наиболее наглядно демонстрируют классы болезней системы кровообращения, костно-мышечной и эндокринной системы. Кроме того, класс болезней нервной системы имеет динамику к увеличению в возрастных группах 35-44 и 45-54 года, в группах врачей со стажем 11-20 и 21-30 лет.

Выводы

1. Исследование продемонстрировало высокий уровень заболеваемости врачей по результатам саморегистрации, достоверно превышающий показатели заболеваемости, полученной методом выкипировки данных из амбулаторных карт.

2. Заболеваемость с временной нетрудоспособностью медицинских работников достоверно выше аналогичного показателя для населения Амурской области.

3. Комплексная оценка состояния здоровья обследованного контингента показала, что по результатам последнего медицинского осмотра 50,8±0,9% врачей состоят на диспансерном учете, причем из них более чем у половины третья группа здоровья.

4. При изучении закономерностей уровней заболеваемости в зависимости от специальности было определено, что в группе терапевтов и хирургов достоверно

выше количество заболеваний органов кровообращения. В группе педиатров, акушеров-гинекологов и узких специалистов лидирующую позицию занимает класс болезней органов пищеварения. Болезни костно-мышечной системы выделяются высокими показателями во всех профессиональных группах.

5. При изучении закономерностей уровней заболеваемости в зависимости от возраста было определено, что наиболее высокие темпы прироста числа заболеваний отмечаются от 35 к 44 годам и от 45 до 54 летнего возраста. В возрастных категориях старше 55 лет наблюдается тенденция к снижению показателя заболеваемости по сравнению с категорией от 45 до 54 лет, что может быть следствием увеличения дисбаланса между острой и хронической патологией в пользу последней.

6. Динамика показателей заболеваемости различных возрастных групп имеет отрицательный прогнозистический характер. Установленное возрастное изменение уровней заболеваемости свидетельствует о необходимости повышенного внимания к состоянию здоровья врачей в возрасте 35-45 лет, поскольку именно в этом периоде происходит активное накопление рисков и начинается развитие хронической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ качества жизни врачей и среднего медицинского персонала / Т.А.Ермолина [и др.] // *Здравоохран. РФ*. 2009. №5. С.18–20.
2. Кайбышев В.Т. Социально-гигиенические факторы формирования здоровья врачей // *Медиц. труда и пром. экол.* 2005. №7. С.30–34.

3. Колосов В.П., Манаков Л.Г. Респираторное здоровье населения и основные направления оптимизации пульмонологической помощи на территории Дальневосточного Федерального округа // *Бюл. физиол. и патол. дыхания*. 2011. Вып.40. С.9–15.

4. Потапенко А.А., Сивочалова О.В., Денисов Э.И. Условия труда и состояние репродуктивного здоровья женщин – медицинских работников // *Медиц. труда и пром. экол.* 2008. №4. С.12–19

5. Актуальные вопросы профилактики профессиональной патологии работников здравоохранения / Е.И.Сисин [и др.] // *Вестн. Уральской медич. академ. науки*. 2008. №4. С.13–16.

6. Firth-Cozens J. Improving the health of psychiatrists // *Adv. Psychiatr. Treat.* 2007. Vol.13. P.161–168.

REFERENCES

1. Ermolina T.A., Martynova H.A., Krasil'nikov A.B., Rogalev K.K., Kalinin A.G., Malkova O.V. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii* 2009; 5:18–20.
2. Kaybyshev V.T. *Medsina truda i promyshlennaya ekologiya* 2005; 7:30–34.
3. Kolosov V. P., Manakov L.G. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniya* 2011; 40:9–15.
4. Потапенко А.А., Сивочалова О.В., Денисов Э.И. *Medsina truda i promyshlennaya ekologiya* 2008; 4:12–19.
5. Sisin E.I. Golubkova A.A., Maleeva S.V., Bayakaev D.A. *Vestnik Ural'skoy meditsinskoy akademicheskoy nauki* 2008; 4:13–16.
6. Firth-Cozens J. Improving the health of psychiatrists. *Adv. Psychiatr. Treat.* 2007; 13:161–168.

Поступила 19.12.2011

Контактная информация

Ирина Анатольевна Бердяева,
асс. кафедры общественного здоровья и здравоохранения,
675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95.

E-mail: OZZ-28@mail.ru

Correspondence should be addressed to

Irina A. Berdyeva,
Assistant of Department of Public Health Organization,
Amur State Medical Academy,

95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation.

E-mail: OZZ-28@mail.ru