

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Альмикеева Алися Анваровна

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

3.1.18. Внутренние болезни

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Куликов Евгений Сергеевич

Томск – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	10
1.1. Хронические неинфекционные заболевания – медико-социальная проблема современного общества	10
1.2. Распространенность поведенческих и метаболических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников	12
1.3. Медицинские работники – отдельная социальная группа	26
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	29
2.1. Объект и методы исследования	29
2.2. Статистическая обработка результатов исследования	34
ГЛАВА 3. ОПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ – УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	35
3.1. Врачи	35
3.2. Средние медицинские работники	39
ГЛАВА 4. ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	42
4.1. Поведенческие и метаболические факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в популяции врачей	42
4.1.1. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей в зависимости от возраста	47
4.1.2. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от специализации	48
4.2. Поведенческие и метаболические факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у средних медицинских работников	52
4.2.1. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у средних медицинских работников в зависимости от возраста	56

4.3 Сравнение распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей и средних медицинских работников ...	58
4.4 Изучение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников и их ассоциация с трудовой деятельностью	60
4.4.1 Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от условий трудовой деятельности у врачей	60
4.4.2 Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от факторов трудовой деятельности у среднего медицинского персонала	66
4.5. Профилактические мероприятия по снижению факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей и среднего медицинского персонала	71
ГЛАВА 5. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	77
ВЫВОДЫ	87
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	88
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	89
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	90
ПРИЛОЖЕНИЯ	108

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) на современном этапе обозначены Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в качестве приоритетной проблемы глобального здравоохранения. Основные группы ХНИЗ – кардиоваскулярные болезни, онкологические заболевания, хронические респираторные болезни и сахарный диабет (СД). Глобальный ответ ВОЗ на эпидемию ХНИЗ основан на смене парадигмы общественного здравоохранения в сторону профилактики заболеваний и контроля факторов риска (ФР) их развития [99].

В формировании ХНИЗ имеют значение изменяемые поведенческие (табакокурение, злоупотребление алкоголем, несбалансированное питание, гиподинамия) и метаболические (избыточная масса тела (ИзбМТ), повышенное артериальное давление (АД), гиперхолестеринемия (ГХС), гипергликемия) ФР. Одним из важнейших стратегических способов борьбы с ХНИЗ является комплекс мероприятий, ориентированных на устранение модифицируемых ФР и популяризацию здорового образа жизни. К настоящему времени накоплены данные о масштабе распространенности поведенческих ФР во взрослой популяции, когда они уже трансформировались в метаболические, что доказывает недостаточную результативность превентивных проектов [116].

Медицинские работники подвержены различным воздействиям неблагоприятных факторов производственной среды: нервно-эмоциональное напряжение, биологические и химические агенты, высокое напряжение анализаторских систем, суточный режим работы, риск травматизации [6]. Комплексное воздействие данных факторов может привести к поведенческим изменениям и, как следствие, более высокой распространенности и изменению структуры ФР ХНИЗ. В дополнение к перечисленному у медицинских работников отмечается недостаток внимания к своему здоровью, так как они считают себя профессионалами, способными позаботиться о себе без посторонней помощи [10].

В работах, появившихся в отечественной и зарубежной литературе в последнее десятилетие, посвященных изучению распространенности ФР ХНИЗ среди медицинских работников, были проведены исследования ограниченных изучаемых групп, которые не носят масштабного характера [17, 77, 119].

Таким образом, отсутствие крупных исследований распространенности ФР ХНИЗ у медицинских работников, проведенных на большом числе респондентов с привлечением максимального количества медицинских специальностей, делает эту работу чрезвычайно актуальной, а ее результаты создадут условия для нивелирования воздействия ХНИЗ и профилактики данной группы заболеваний, что, несомненно, скажется не только на улучшении здоровья медицинских работников, но и, как следствие, повысит эффективность оказания ими медицинской помощи в целом.

Степень разработанности проблемы

Проведенные и опубликованные на данный момент исследования разнородны по своим целям, задачам и методам, выполнены на ограниченных выборках медицинских работников, что не позволяет оценить в полной мере распространенность ФР ХНИЗ. В дополнение к этому, опубликовано ограниченное количество исследований, которые не освещают, как трудовая деятельность и условия места проживания врача или медсестры влияют на распространенность ФР ХНИЗ.

Цель исследования – установить распространенность и структуру факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников Томской области для разработки программ эффективной профилактики.

Задачи исследования:

1. Оценить распространенность и структуру факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей Томской области.

2. Установить структуру поведенческих и метаболических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей, в зависимости от специализации.

3. Установить структуру поведенческих и метаболических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у среднего медицинского персонала.

4. Определить наличие ассоциативных связей между распространенностью факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и условиями работы медицинских работников.

5. Разработать рекомендации для оптимизации профилактических мероприятий медицинским работникам.

Научная новизна

Впервые на территории Российской Федерации (РФ) проведено эпидемиологическое исследование ФР ХНИЗ у медицинских работников Томской области. Выполнено комплексное исследование с анализом распространенности ФР ХНИЗ, учитывая место проживания (городская или сельская местность) и пол медицинского работника. Получены комплексные данные о распространенности ФР ХНИЗ у врачей различных специальностей. Определено наличие ассоциативных связей между распространенностью ФР и условиями трудовой деятельности медицинских работников. Разработаны рекомендации для оптимизации профилактических мероприятий у медицинских работников, направленные на снижение распространенности ФР ХНИЗ.

Теоретическая и практическая значимость работы

Результаты диссертационного исследования существенно дополняют данные о влиянии ФР ХНИЗ на здоровье медицинских работников. Выявлены региональные особенности распространенности ФР ХНИЗ у врачей и среднего медицинского персонала. Получены новые результаты, раскрывающие распространенность и структуру ФР ХНИЗ в Томской области в зависимости от

половой принадлежности медицинского работника. Зафиксированы различия в частоте ФР ХНИЗ у представителей различных врачебных специальностей. Изучены взаимоотношения между ФР ХНИЗ и особенностями трудовой деятельности медицинских работников. Полученные данные стали концептуальной основой для разработки превентивной программы, которая будет способствовать улучшению состояния здоровья медицинского персонала, а также повышению качества оказания медицинской помощи в РФ.

На основании анализа данных о распространенности ФР ХНИЗ среди медицинских работников, в качестве приоритетного направления необходимо рассматривать целесообразность дальнейших превентивных мероприятий для врачей и среднего персонала.

Для практического здравоохранения по результатам исследования был разработан перечень мероприятий организационного характера, стратифицированный по ФР (нерациональное питание, гиподинамия, регулярное употребление алкоголя, табакокурение) и уровням реализации (федеральный, региональный, уровень медицинской организации).

Положения, выносимые на защиту

1. В популяции врачей зарегистрирована высокая распространенность таких поведенческих ФР, как нерациональное питание (67,6%), гиподинамия (45,7%) и ИзбМТ (34,7%), у среднего медицинского персонала выявлена высокая частота таких ФР ХНИЗ, как нерациональное питание (75,4%) и ИзбМТ (33,6%). В сельской местности отмечаются различия в распространенности таких ФР ХНИЗ, как нерациональное питание, избыток массы тела, гипергликемия и гиперхолестеринемия у средних медицинских работников, по сравнению с врачами. При этом в городе регулярное употребление алкоголя, гиподинамия, повышенное АД и гиперхолестеринемия встречаются чаще у врачей, чем у среднего медицинского персонала. Установлено, что поведенческие ФР ХНИЗ (за исключением гиподинамии) больше распространены у врачей хирургического профиля, чем среди представителей других специальностей.

2. Основными трудовыми факторами, ассоциируемыми с ФР ХНИЗ являются: плохая оснащенность рабочего места, продолжительность рабочего дня более 6 ч в день, наличие более трех суточных дежурств в месяц, общее число занимаемых работником ставок в медицинском учреждении более одной, работа в двух и более медицинских учреждениях.

Методология и методы исследования

Исследование было спланировано на кафедре общей врачебной практики и поликлинической терапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск). При поддержке Департамента здравоохранения Томской области было проведено online анкетирование в 76 медицинских организациях города Томска и Томской области. В исследовании приняли участие 4155 медицинских работников. В анкетировании использованы вопросы, связанные с трудовой деятельностью респондентов, а также опросник, составленный на основании методических рекомендаций «Мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении», рекомендованных к применению Минздравом России. Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет программ Statistica for Windows, version 10.0.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов обеспечена достаточным объемом материала с использованием актуальных и высокоинформативных современных методов исследования. Статистическая обработка результатов исследования выполнена с помощью соответствующих методик доказательной медицины.

Основные положения научной работы докладывались и обсуждались на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» (Москва, 2019), областной научно-практической конференции «День терапевта – фокус на первичное звено здравоохранения» (Томск, 2019), XXVII Российском

Национальном Конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2020) научно-практической конференции «Врач тоже пациент» (Томск, 2021).

Работа осуществлена при финансовой поддержке гранта РФФИ «Аспиранты» (№19-313-90046\19).

Внедрение результатов исследования в практику

Материалы исследования внедрены в образовательные программы подготовки студентов, интернов, ординаторов и врачей на кафедре общей врачебной практики и поликлинической терапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск). Разработанные подходы к профилактике ФР ХНИЗ среди медицинских работников использованы в общей врачебной практике клиник ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, из них 6 статей в изданиях, рекомендуемых перечнем ВАК и входящих в библиографическую и реферативную базу данных Scopus, 1 тезис.

Личный вклад автора

Заключается в формулировании проблемы, определении темы исследования, разработке материалов, выборе методов исследований; статистической обработке полученных результатов и их интерпретации. Доля участия автора в сборе информации – 100 %, в обработке данных, обобщении и анализе материалов – 100%.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 116 страницах печатного текста и включает введение, обзор литературы, описание материала и методов, две главы результатов исследования, обсуждение полученных результатов, выводы, практические рекомендации, список литературы и приложения. Работа содержит 12 таблиц и

6 рисунков. Список литературы включает 140 источников, в том числе 60 – отечественных авторов и 80 – иностранных.

ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Хронические неинфекционные заболевания – медико-социальная проблема современного общества

Хронические неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые (ССЗ), неопластические, хронические респираторные и СД) – это глобальная проблема, для решения которой во многих странах задействованы лучшие ученые эпидемиологи, организаторы здравоохранения, а также практикующие врачи [84]. Данная группа болезней представляет одну из важнейших причин смерти в мире [34, 61]. Необходимо отметить, что в совокупности ХНИЗ обуславливают 68 % смертности населения, и каждый год показатели преждевременной смертности достигают 16 млн человек по всему миру. В этой связи ХНИЗ обозначены ВОЗ как глобальная проблема практического здравоохранения. При этом отмечено, что 75 % смертельных исходов от ХНИЗ приходится на развивающиеся страны [99].

Последствия ХНИЗ приводят к огромным экономическим убыткам. Эксперты Всемирного экономического форума предполагают, что цена бездеятельности к 2030 г. может превысить 47 трлн. долларов США, что сопоставимо с 75 % общемирового внутреннего валового продукта в расчетах на 2010 г. [33]. Ответ ВОЗ на распространенность ХНИЗ построен на изменении стратегий общественного здравоохранения в сторону превенции заболеваний и управления ФР их развития. В свою очередь, ФР подразделяются на изменяемые поведенческие (курение, регулярное употребление алкоголя, несбалансированное питание, гиподинамия), а также метаболические (ИЗБМТ, повышенное АД, ГХС, гипергликемия) [99].

Эта группа заболеваний распространена у лиц как молодого, так и пожилого возраста во всех регионах мира. Такие нозологии обычно связывают с возрастом старше 60 лет, но результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что 9 млн человек, погибающих от ХНИЗ, находились в

более молодом возрасте [33]. Следовательно, одним из глобальных стратегических способов борьбы с ХНИЗ является комплекс мероприятий, ориентированных на изменение поведенческих ФР и популяризацию здорового образа жизни [47, 99].

К настоящему времени накоплены данные о масштабе распространенности поведенческих ФР во взрослой популяции, если они трансформировались в метаболические, что доказывает недостаточную результативность превентивных проектов [101, 116].

Несмотря на интенсивное внедрение программ профилактики ФР, по результатам мониторинга мероприятий по противодействию ХНИЗ, проводимого ВОЗ, в России было присуждено 10 баллов из 19 возможных. Среди стран с высоким уровнем дохода наибольший прогресс зафиксирован в Великобритании – 13 баллов [99]. В 2016 г. наименьшая вероятность смерти от ССЗ, злокачественных новообразований, хронических респираторных заболеваний, а также от СД в возрастной группе 30–70 лет (ГНО, 2017) была зафиксирована в Республике Корея – 7,8 %, наибольшая в Йемене – 30,6 %, в РФ этот показатель зарегистрирован на уровне 25,4 % [84].

Оздоровление населения является одной из основных тенденций в области охраны здоровья в России, распространение и обеспечение которой предполагает снижение показателей заболеваемости и смертности населения [39].

В последние десятилетия вопросы превентивных мер развития ХНИЗ, ведение здорового образа жизни, снижение распространенности ФР являются стратегическими задачами отечественного здравоохранения [7, 53, 56]. Это демонстрирует и совокупность нормативно-правовых актов законодательных органов России, действующих во всех регионах страны. Меры, предупреждающие возникновение и дальнейшее распространение заболеваний, в соответствии с Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», признаны одними из приоритетных направлений в сфере здравоохранения. Правительство РФ определяет развитие профилактических мер и формирование здорового образа жизни, как

стратегическую задачу. Вопросы поддержания здорового образа жизни регламентируются Государственной программой «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года». Пропаганда здорового образа жизни является основным направлением приоритетного национального проекта «Здоровье».

В России активно разрабатываются федеральные и целевые программы профилактики в рамках обоих вышеуказанных проектов. Одним из последних документов является «О проекте Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактике и контроле неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.», основанный на положениях, прописанных в конвенции ВОЗ. Реализация этих документов направлена на последовательное осуществление предписанных мер профилактики на общепопуляционном уровне, в частности это касается групп с высокими показателями предрасположенности к ХНИЗ.

Успешное осуществление предлагаемых мер возможно только при условии соблюдения всех предусмотренных рекомендаций в данной области в совокупности с осознанным признанием их действенности. Отметим, что на данный момент существующие технологии имеют научную доказательную базу, что также влияет на повышение комплаентности к соблюдению врачебных рекомендаций [49, 52].

1.2 Распространенность поведенческих и метаболических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников

Курение

Курение является одним из ведущих факторов риска развития ХНИЗ. По данным ВОЗ, наличие данной привычки у женщин и мужчин диагностируется в 7 и 12 % соответственно.

Курение приводит к развитию различных тяжелых ССЗ, бронхолегочных патологий, злокачественных опухолей и других заболеваний [15]. Наряду с

хронической табачной интоксикацией, курение опосредованно может приводить к потере трудоспособности, инвалидности и смерти больных.

Данный фактор повышает риск развития рака легких более чем в 15 раз, рака гортани – в 10, рака ротоглотки и пищевода – в 5 раз. У 90 % больных основным фактором, приведшим к развитию хронической обструктивной болезнью легких, является курение. У курящих мужчин в возрасте 30–69 лет риск преждевременной смерти в 3 раза выше по сравнению с некурящими [8].

Курение медицинского работника не только отрицательно влияет на его здоровье, но и приводит к негативным последствиям для пациентов и, как следствие, для общества. Работник здравоохранения своим примером должен показывать образец здорового образа жизни, а также мотивировать окружающих людей на отказ от курения, ведущего к серьезным заболеваниям.

Проблема этого ФР заключается в развитии нарушений работы организма, влекущих за собой развитие хронических ССЗ, а также злокачественных новообразований и других сопутствующих патологий. Также не стоит отрицать негативное воздействие табака на окружающих курильщика. Пассивное курение также является достаточно опасным [11, 26]. По статистике ВОЗ, более 600 тыс. человек в год умирают по причине пассивного курения, 170 тыс. из них – дети [27, 36, 62].

Риск развития ССЗ особенно высок, если привыкание к никотину началось в подростковом возрасте. Если у человека, помимо курения имеются и другие ФР ХНИЗ, то вероятность развития ССЗ повышается [47].

Результаты исследования INTERHEART продемонстрировали негативное влияние курения на риск возникновения острого коронарного синдрома. У лиц, не подверженных данной пагубной привычке, риск развития этого осложнения значительно ниже, чем у курильщиков. Данный фактор не имеет зависимости от региона проживания, физиологических и психологических особенностей, а также от других индивидуальных показателей человека [50].

Профессиональная осведомленность медицинских работников о вреде курения влияет на их решение о полном отказе от этой пагубной привычки.

Данные зарубежных исследований показывают, что информированность о вреде курения здоровью не снижает частоту курения среди медицинского персонала. По данным греческих авторов (2007), в исследовании с участием 1284 врачей 38,6 % из них имеют никотиновую зависимость [132], а согласно опросам, проведенным в Армении (2012) и Иране (2013), курильщиками являются 31,2 и 21,2 % медицинских работников соответственно [83, 131].

Наряду с этим, во многих государствах Европейского Союза распространенность курения среди работников лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) свидетельствует об обратных результатах, демонстрируя сокращение показателей курения. Так, в Италии доля курящих врачей от общего числа подверженных пагубной привычке составляет 16,4 %, в Швейцарии – 12,0 % [135, 140]. Вероятно, этот факт объясняется усиленной пропагандой здорового образа жизни и активным информированием о вреде курения [129].

Вместе с тем, существуют исследования, свидетельствующие о том, что распространенность курения среди врачей ниже, чем в общей популяции. Так, по результатам работы, проведенной E. Casals Peidró и соавт. (Испания, 2008) (3799 врачей), оказалось, что курили 26,1 % мужчин и 14,9 % женщин стоматологов, в то время как в общей популяции значение этого показателя составляло 43,6 и 37,1 % соответственно [73].

До сих пор остается неясным, какие факторы являются основными для начала курения у медицинских работников. Так, по данным опроса, в котором приняли участие 137 медицинских работников, употребляющих табачными изделиями (Pesut D. et al., 2010), среди причин курения на первом месте оказалась привычка, на втором – нервозность, на третьем – удовольствие, некоторые упомянули скуку, и лишь 7 человек обозначили зависимость [86]. К настоящему времени собрано достаточно доказательств, подтверждающих, что зависимость формируется во время обучения в медицинском вузе. В публикации P. Sánchez и N. Listani (Эквадор, 2003) представлены данные об исследовании с участием 687 студентов, согласно которым 47,1 % будущих врачей мужского пола начинают курить в возрасте 16–20 лет, а 40,5 % врачей-женщин

приобретают никотиновую зависимость в 21–25 лет [126]. Аналогичные результаты были получены греческими исследователями: 83,0 % из 1284 медицинских работников начали употреблять табачные изделия в возрасте до 25 лет [132].

Анализ показателей, достигнутых при проведении исследований иностранных авторов, выявил тенденцию зависимости курения от пола медицинских работников. Обработка и систематизация данных, полученных в ходе анкетирования 152 респондентов в государстве Бахрейн, показали соотношение показателей курящего мужского и женского персонала, равное 10 : 1 [139]. Согласно данным, полученным в Лаосе ($n = 855$), курение более распространено среди мужчин, чем среди женщин (17,3% против 0,4%) [130], а в Эстонии из 2 688 врачей курят 24,9% мужчин и 10,8% женщин [115]. При этом некоторые исследователи, напротив, указывают на тот факт, что распространенность курения выше среди женщин: к подобным результатам пришли исследователи, проводившие опрос среди работников национальных институтов здравоохранения Мексики (39% против 22% при сравнении распространенности табакокурения среди женщин и мужчин) [110].

Крупное исследование, проведенное учеными из НИИ пульмонологии ФМБА России (г. Москва), продемонстрировало изменения в метаболических показателях у курящих и не подверженных этой привычке медработников. Были обнаружены статистически различия в липидном составе крови: повышение липопротеидов очень низкой плотности: ОШ 0,55; 95 %-й доверительный интервал (ДИ) 0,390–0,935 у курильщиков и ОШ 0,43; 95%-й ДИ 0,345–0,605 у не курящих ($p < 0,001$) [28].

В России, по официальным данным, показатель распространенности курения среди врачей зафиксирован на уровне 35,1 % у мужчин и 15,7 % – у женщин [29]. Согласно исследованию, проведенному в Иркутской области под руководством Т.В. Файтельсон-Левиной в 2008 г., распространенность курения среди специалистов хирургического профиля, составила 50,8 %, работников первичного звена – 49,2 %, у реаниматологов – 55,2 % [60]. По-видимому,

большая распространенность курения среди представителей указанных специальностей связана с тем, что данные группы специалистов испытывают большую психическую и физическую нагрузку, и используют курение как средство для снятия эмоционального перенапряжения.

Таким образом, данные многочисленных исследований свидетельствуют о высокой распространенности курения среди медицинского персонала, при этом курение более характерно для лиц мужского пола и в большей степени среди врачей хирургов и реаниматологов.

Злоупотребление алкоголем

Алкоголь признан токсичным веществом, которое обуславливает множество заболеваний внутренних органов человека [15].

Доказано, что 9 % глобального экономического урона в европейских странах связано с этим ФР [11, 75].

Прием алкоголя, различных седативных средств связан, прежде всего, с высокой нагрузкой и сильным стрессом, неблагоприятно влияет на здоровье человека, так как это влечет за собой усиление тревожных и депрессивных состояний [58].

По данным некоторых зарубежных исследований, врачи склонны к злоупотреблению алкоголем. Например, группой датских исследователей J.K. Sørensen и соавт. в 2014 г. был проведен опрос, охватывающий 1 841 врача. Согласно полученным ими результатам, 18,8 % медицинских работников потребляли опасное количество алкоголя (420–630 мл 40%-го алкоголя в неделю и не более 3 доз алкоголя в день для женщин и 660–1230 мл 40%-го алкоголя в неделю и не более 5 доз алкоголя в день для мужчин), что было связано с высоким уровнем алекситимии (затруднение в определении собственных эмоций, телесных ощущений, $p < 0,001$), а также синдромом эмоционального выгорания: эмоциональным истощением ($p < 0,001$) и низким уровнем личных достижений ($p = 0,008$ во всех случаях при сравнении с не злоупотребляющими алкоголем работниками) [66].

Часть зарубежных исследований были направлены на выявление взаимосвязи между злоупотреблением алкоголя и возрастом медицинских работников. Широкомасштабные исследования (2500 участников), проведенные на территории Германии показали, что в возрастной группе 27–44 лет, как правило, имеют низкие показатели опасного употребления алкоголя. Таким образом, молодое поколение врачей в этой стране придерживается здорового образа жизни [122].

Многие авторы отмечают гендерные различия у лиц, употребляющих алкоголь. В Соединенных Штатах коллектив под руководством M.R. Oreskovich проводил в 2012 г. опрос среди 7197 хирургов и установил, что алкогольную зависимость в этой когорте имели 13,9 % мужчин и 25,6 % женщин [108]. В Греции аналогичное исследование (579 участников) показало, что потребление алкоголя выше у женщин, чем у мужчин ($p = 0,291$) [68].

Данные различных исследований показывают, что чрезмерному употреблению алкогольных напитков подвержены в большинстве случаев хирурги, а также анестезиологи-реаниматологи. Некоторые авторы связывают данный факт с возложенной на этих сотрудников ответственностью. В рамках общенационального перекрестного наблюдения в Дании в 2014 г. из 4 тыс. врачей 24 % злоупотребляющих алкоголем – врачи-терапевты и неотложной помощи [121]. В 2008 г. J. Rosta и O.G. Aasland проводили в Германии распространенность употребления алкоголя среди 1917 медицинских работников. В исследовании было установлено, что данному ФР чаще всего подвержены урологи (34,2 %), анестезиологи (24,8%) и хирурги (23,8%) [123]. Кроме того, исследование, проведенное этими же авторами в Норвегии среди женщин-хирургов, также показало, что последние имели склонность к более частому употреблению большего количества алкоголя, чем другие женщины-врачи (18,0 против 7,6 %) [124].

На основе анализа отечественных исследований в данной сфере можно констатировать тот факт, что употребление алкоголя чаще распространено среди хирургов, чем у представителей других специальностей. Оценка показателей

эксперимента, проведенного в Забайкальском крае (383 участника), заключающегося в прохождении специализированного опроса выявления и оценки состояний К.Х. Яхина и Д.М. Менделевича, продемонстрировала более высокое значение показателя алкогольных расстройств у специалистов в области хирургии (28,4 %) и онкологии (12,2 %). Затем в данной статистике следуют работники скорой помощи (9,4 %) и врачи терапевтического отделения (8,4 %). Замыкают рейтинг психиатры (5,0 %) и акушеры-гинекологи (3,0 %).

Как правило, основополагающим фактором приверженности к злоупотреблению алкоголем являются переработки и избыточная психологическая нагрузка. По полученным данным можно сделать вывод, что алкогольной зависимости наименее подвержены терапевты ($p < 0,001$), а хирурги находятся в группе риска ($p < 0,01$) [9]. Схожие результаты получены в ходе исследования врачей Якутска. Выявленная статистика показала, что 46,3% хирургов и 43,3% анестезиологов злоупотребляют алкогольными напитками, в то время как имеющие данную вредную привычку терапевты составляют 15,1% от общего числа сотрудников медицинских организаций [55].

Нерациональное питание

В соответствии с данными ВОЗ, в мире около 1,7 млн эпизодов смерти в год от сердечно-сосудистых заболеваний связаны с несбалансированным питанием, повышенным потреблением трансжирных кислот и поваренной соли [33]. Рациональное питание снижает риск развития различных ХНИЗ.

Результаты многочисленных исследований показывают, что ежедневное включение в рацион фруктов и овощей приводит к снижению артериального давления [41]. Было доказано, что сердечно-сосудистый риск снижался на 7 и 5 % соответственно при ежедневном употреблении этих продуктов [30].

По результатам, полученным в ходе исследований зарубежных и отечественных ученых, было выявлено, что специалисты-медики имеют склонности к нарушению рекомендаций, касающихся здорового питания.

Пакистанские исследователи провели опрос 1190 медицинских работников, который показал, что только один из них придерживается рекомендаций

рационального питания. В рационе остальных преобладает белковая пища, и редко встречаются фрукты, молочная продукция и другая, богатая полезными веществами пища [77]. Анализ данных, проведенный в форме онлайн анкетирования 186 венгерских врачей, продемонстрировал, что, те из них, которые работают в стационаре, более привержены к кофеину и энергетическим напиткам, чем лиц, относящихся к амбулаторному звену ($p = 0,034$). Также специалисты в данной сфере не склонны соблюдать режим приема пищи, в том числе в выходные дни ($p = 0,032$) [98].

Подобный опрос был проведен в Южно-Африканской Республике (109 участников). Согласно полученным данным, половина медицинских работников (51%) пренебрегают утренним приемом пищи, мотивируя это отсутствием аппетита. При этом 21% респондентов отказываются от обеда, 11% – от ужина. В рационе питания участников этого исследования преобладали такие продукты, как мясо (91%), молоко (74%), алкоголь (65%), кофе и энергетические напитки (64%), газированные напитки (55%). Дополнительное анкетирование показало, что большинство опрошенных (61%) вместо обычной воды нередко употребляют газированные и (или) сахаросодержащие напитки, и в то же время в их рационе содержится малое количество продуктов, содержащих природные витамины (овощи, фрукты, ягоды и т.д.) [93].

Результаты исследований отечественных авторов свидетельствуют о том, что медицинские работники уделяют недостаточно внимания своему питанию. Так, исследование, проведенное М.С. Гурьяновым (2009), показало, что у более 65% медработников питание характеризуется нерегулярностью приема горячей пищи в течение дня и отсутствием полноценного завтрака, а каждый пятый из опрошенных врачей злоупотребляет содержащими кофеин напитками, что повышает риск развития ССЗ [12]. Опрос медицинского персонала в Твери (101 человек) показал, что только половина участников анкетирования употребляют суточную норму продуктов, обогащенных клетчаткой, треть опрошенных – норму фруктов и овощей, и всего 46,5 % респондентов употребляют перечисленные выше продукты каждый день, а 50,5 % –

еженедельно. При этом почти 50 % медицинских работников Тверской области дополнительно досаливают пищу, не пробуя [43].

Опрос в Вологодской области (333 респондента) продемонстрировал, что только 17,6 % врачебного состава, 23,7 % средних и 10,0 % младших медработников ежедневно употребляют в пищу свежие овощи и фрукты (400 г и более) [17].

Стоит выделить тот факт, что, согласно полученным в ходе различных исследований данным, прослеживаются различия в составе питания работников ЛПУ в зависимости от гендерного признака. Так, в уже упомянутом исследовании, проведенном в Венгрии, было выявлено, что представители медицинской профессии мужского пола статистически значимо в больших количествах по сравнению с женщинами употребляют алкоголь ($p = 0,003$), продукты, содержащие красное мясо ($p < 0,001$), а также первые блюда ($p = 0,018$) [98]. Опрос, проведенный в ЮАР (109 участников), продемонстрировал прямую корреляцию между полом и потреблением различной пищи. Так, с увеличением потребления молочных продуктов ($r = 1,254$; $p = 0,008$) корреляция сдвигается в сторону женского пола [17]. Кроме того, полученные в ходе анкетирования, тестирования и наблюдения данные показали, что 41,7 % мужчин, обучающиеся в высших медицинских учреждениях Китая, не имеют привычки завтракать, тогда как у женщин этот показатель составляет 23,5 % [79].

Вопросы, относящиеся к несоблюдению правил и рекомендаций по режиму принятия пищи, являются на сегодняшний день достаточно актуальными. Особенно это важно в сфере работников здравоохранения. Отметим, что опрошенные медработники часто ссылаются на недостаток денег и дефицит времени, которые в своей совокупности не позволяют вовремя и полноценно питаться [12]. Дополнением к вышесказанному является популяризация фастфуда, а также свободный доступ к средствам быстрого питания (сухарики, чипсы, шоколадные батончики и т.д.), а также энергетическим напиткам [79].

Исходя из результатов зарубежных и отечественных исследований, персонал, работающий в медицинских учреждениях, имеет проблемы в режиме и непосредственном составе питания, что вызвано низким уровнем дохода и короткими перерывами для отдыха.

Гиподинамия

Гиподинамия – важная проблема здоровья современного общества. По данным статистики, около 60 % людей в мире пренебрегают физической активностью (ФА) и не выполняют рекомендации по минимальной ежедневной нагрузке. Установлено, что 25% населения ведут абсолютно пассивный образ жизни. Отметим, что данная категория на сегодняшний день недостаточно изучена [11]. По данным исследования CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention), проводившегося, в том числе и в РФ, примерно 60–70 % мужчин и женщин страдают гиподинамией [25, 31].

Результаты многих эпидемиологических исследований свидетельствуют о крайне невысоком уровне физической активности у медицинских работников. Например, в Бахрейне был проведен опрос 152 работников здравоохранения, из которого следует, что только 29,6% врачей занимаются оздоровительной физкультурой более 30 мин в неделю, и только 13,0% опрошенных уделяют физической активности более 5 дней в неделю [112].

По данным исследования, проведенного на территории Индии под руководством S. Thakar в 2015 г., которое охватывало аудиторию из 110 специалистов в сфере стоматологии, было выявлено несколько интересных фактов. Результаты анкетирования показали, что 37,6% участников исследования считают себя умеренно активными, в то время как этот показатель в общей популяции данного региона равен 44,8%. Подобные результаты зафиксировали ученые из Юго-Западной Нигерии: из 200 работников ЛПУ только 20,8% имели адекватную ФА, а 71,3%, страдали от ИзбМТ [127]. Еще в одном исследовании, учеными из королевства Саудовская Аравия было показано, что 68,4% от общего числа опрошенных демонстрируют заниженные показатели уровня ФА [118].

Российские ученые также констатируют факт низкой ФА у работников здравоохранения. Данные анкетирования зафиксировали следующие показатели физической активности: 8,3% медицинских работников уделяют занятиям спортом и (или) оздоровительной физкультурой около 4 ч в неделю; 19,8% – от 1 до 3 ч в неделю; 26,0% – по возможности уделяют время утренней гимнастике и разминке (1,5% из них делают это каждый день), а 64,2% не считают занятия ФА необходимыми и пренебрегают ими [12].

Наравне с приведенными данными существуют и другие исследования, демонстрирующие факт того, что врачи уделяют ФА достаточное внимание. Группа американских ученых под руководством F.C. Stanford провели исследование в форме стандартного опроса 1949 медицинских работников. Было выявлено, что 84,8% специалистов и 84,0% интернов имеют более высокую физическую активность по сравнению с жителями соответствующего региона [76]. Испанские ученые под руководством A.H. Vanday (2015) показали, что умеренная ФА выявлена у 65,2 % из 106 опрошенных врачей первичного звена здравоохранения, что может быть связано со спецификой их работы: ежедневные рекомендации пациентам о здоровом образе жизни [63].

Анкетирование 146 врачей приемного отделения из Майорки (Испания) выявило, что 80 % из них регулярно занимаются различными видами фитнеса и помимо физических упражнений рекомендуют следовать здоровому образу жизни [95]. Исследование, проведенное на территории Эстонии, также доказывает, что врачи уделяют достаточное внимание ФА. Из 198 врачей-женщин, состоящих в законном браке, 92 % имеют умеренную или высокую ФА ежедневно, а также пропагандируют здоровый образ жизни [106].

Согласно данным исследований, регулярные физические занятия популярны и среди медицинских работников среднего звена. В ходе анкетирования было выявлено, что аравийские медицинские сестры стремятся к ведению здорового образа жизни (248 (60,2 %) из 412 женщин имеют высокую физическую активность [107].

Данные зарубежных исследователей о ФА медицинских работников являются противоречивыми и отличаются в зависимости от месторасположения медицинского учреждения (континент, страна, город), так как на эти показатели значительно влияют тенденции общего уровня общественного развития населения. Вместе с тем, определенная схожесть результатов все-таки наблюдается. Медицинские работники терапевтического профиля ежедневно выполняют определенные физические упражнения и дают пациентам рекомендации по соблюдению здорового образа жизни.

Избыточная масса тела

Более 1,9 млрд взрослого населения планеты имеют проблемы с избыточным весом, а 600 млн из них страдают ожирением [15]. Советский и российский ученый-эпидемиолог, академик РАН Р.Г. Оганов в своих работах выявил тенденцию сближения показателей ожирения у российских и европейских женщин (в обоих случаях около 24%), в то время, как мужчины демонстрируют низкий уровень наличия данной проблемы (примерно 8 % соответственно) [19]. Если говорить об общем количестве людей, страдающих от избытка лишнего веса, то можно констатировать следующий факт: по данным ВОЗ, ожирение имеется у 24,1% населения [34].

К 2030 г., если не будут предприняты необходимые меры, можно ожидать, что абсолютное число лиц с избыточной массой тела и ожирением составит более 2 и 1 млрд соответственно (ожидаемый прирост более чем на 200%) [47].

Мировые исследования продемонстрировали распространенность ИзбМТ и у медицинских работников. В 2014 г. в Португалии при исследовании 712 работников первичного звена здравоохранения у 38,6% была выявлена избыточная масса тела, а 16,9% страдали ожирением [70]. Аналогичные данные получены в Нигерии в 2015 г., где из 300 медработников 44,7 % имели избыточный вес, а 27,3 % страдали ожирением [103]. Согласно исследованию, проведенного в Мексике, 60 % из 735 медицинских работников имеют ИзбМТ [104]. Что касается данных по России, то анализ анкет специалистов в сфере здравоохранения, проживающих и работающих на территории Вологодской

области, показал, что 34,4% из них имеют ИзбМТ, а 17,5% страдают от ожирения [17].

Учитывая быстрое увеличение распространенности ИзбМТ и ожирения, важно принимать этот ФР во внимание и включать его в программу, предполагающую проведение превентивных мероприятий, позволяющих значительно снизить частоту ХНИЗ и преждевременную смертность.

Повышенное артериальное давление

Одной из причин ранней смертности при ожирении является наличие высокого артериального давления. На артериальную гипертензию (АГ) приходится около 50% всех случаев возникновения сердечно-сосудистых заболеваний [45, 46, 117]. Во многих странах повышенное АД диагностируется у 30 % жителей, половина из которых имеют возможность выхода из группы риска при условии поддержания активного образа жизни: занятия оздоровительной физкультурой и рациональное питание [46, 88].

Анкетирование 231 нигерийского медицинского работника показало, что повышенное АД имеют 21,3 % мужчин и 23,8 % женщин [98]. Подобное исследование, проведенное среди тайваньских врачей (1426 человек), выявило у них предрасположенность к гипертонии (ОШ 1,74; 95 %-й ДИ 1,05–2,91) и, в том числе, аномально высокие показатели уровня липидов (ОШ 1,43; 95 %-й ДИ 1,23–1,67), чем среди населения в целом [96, 109].

Исследования, посвященные вопросам распространенности АГ, активно проводятся и среди российских медицинских работников. По данным, опубликованным А.Н. Навроцким (2005), среди болезней наиболее часто (в 15% случаев) у них встречается АГ [35]. Исследование, проведенное в Ростове-на-Дону М.К. Ахвердиевой и соавт. (2010), выявило высокую долю лиц, страдающих рассматриваемой патологией. Из 900 медицинских работников 41,6 % имеют АГ [3]. По данным Н.С. Карамновой и соавт. (2009), среди работников первичного звена здравоохранения (348 участников опроса), повышенное давление регистрировалось у 44 % [52].

Гиперхолестеринемия

Гиперхолестеринемия – основной фактор развития ишемической болезни сердца [1, 78, 128]. Одним из направлений деятельности российских ученых-эпидемиологов является разработка мероприятий по выявлению показателей указанного ФР. Согласно данным, полученным учеными Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, более чем у 60 % населения страны показатели общего холестерина превышают 5,2 ммоль/л, а у 20 % – 6,5 ммоль/л. Отметим, что частота ГХС напрямую зависит от возраста и пола. Среди опрошенных женщин в возрасте от 50 до 59 лет, почти 25% имеют аномально высокие показатели липидов в крови [38].

Для того чтобы избежать возникновения ишемической болезни сердца, необходимо соблюдать рекомендации по правильному питанию и ведению здорового образа жизни [20]. Исследования показали, что снижение содержания общего холестерина на 1% влечет за собой уменьшение рисков развития заболевания на 2,5 %. Например, статистика, которая велась, начиная с 1968 г. в США, показала снижение смертности на 30 %. Ученые связывают данный факт во многом с тем, что показатели сывороточного холестерина в крови у американского населения составляет 0,6–0,8 ммоль/л [15].

По данным, как зарубежных, так и отечественных исследователей, уровень ГХС у медицинских работников выше, чем в общей популяции. В исследовании ученых из США, в котором принимал участие 471 врач-кардиолог, оказалось, что в данной выборке частота ГХС составила 28 % [105]. В России несколько исследований были посвящены изучению уровня ГХС среди медицинских работников. В процессе проведения профилактических мероприятий среди 2347 московских представителей данной профессии, выявлено, что ГХС наблюдается у представительниц женского пола в 40% случаев, а у мужчин – в 29,5% [32]. Результаты крупного исследования «Здоровье и образование врача», в которое были включены 638 врачей, показали наличие ГХС почти у половины из них [16]. Согласно данным, полученным Ж.Д. Кобалавой и соавт. (2010), в ходе

подобных работ, врачи, имеющие хирургическую специальность (699 человек), более подвержены заболеваниям сердца [24].

Гипергликемия

Нарушение метаболического обмена в организме, в том числе повышение уровня глюкозы в крови, считается одним из ФР возникновения и развития кардиоваскулярных заболеваний [2, 14, 97].

Известно, что гипергликемии подвержены 9 % населения планеты [33]. Если рассматривать данные в более узких группах, то можно увидеть более высокий процент подобных заболеваний в Восточном Средиземноморье, чем в европейских странах, а именно 14% против 8 % [34].

Большинство медицинских работников не учитывают рекомендации ВОЗ по контролю за уровнем глюкозы в крови. В широкомасштабном исследовании (2347 участников), проведенном в России под руководством Р.Г. Оганова, было установлено, что не знают свой уровень глюкозы 38,4% мужчин и 28,8% женщин [19]. В другом исследовании, проведенном в одной из муниципальных больниц Новосибирска, охватившем 71 врача и 91 медицинского работника среднего звена, было выявлено нарушение толерантности к глюкозе у 11,0% врачей и 7,6% среднего медицинского персонала [44]. В рамках профилактических мероприятий среди иркутских врачей было проведено анкетирование на выявление процентного соотношения врачей, имеющих привычку табакокурения и, как следствие, рисков развития СД. Оказалось, что показатели гликемии у курящих врачей превышают 5,6 ммоль/л, что значительно выше таковых у их коллег, ведущих здоровый образ жизни [28].

1.3 Медицинские работники – отдельная социальная группа

Анализ отечественных и зарубежных публикаций позволяет констатировать высокую распространенность ФР ХНИЗ среди работников здравоохранения. Совокупность таких факторов зачастую оказывает губительное влияние на организм и трудовую деятельность работников ЛПУ. В.Г. Дьяченко

и соавт. справедливо замечают, что сегодня ежедневная деятельность медработника связана с обязательной пропагандой здорового образа жизни. От его стремления следить за собственным здоровьем во многом зависит и мотивация к здоровому образу жизни и ФА у пациентов [18].

Следует учитывать, что работа в медицинских учреждениях требует значительных жизненных ресурсов: выносливости, здорового психоэмоционального состояния, способности противостоять вредным профессиональным факторам [13]. Поэтому вопрос укрепления и сохранения здоровья медработников, а также проведения профилактических мероприятий, выходит на первый план.

Результаты эпидемиологических исследований показывают, что ФР ХНИЗ имеют тенденцию к увеличению частоты у медработников в большей степени, чем в общей популяции. Помимо этого, особенности профессиональной деятельности работников ЛПУ влияют на уровень и структуру их заболеваемости: у врачей и медсестер преобладают сердечно-сосудистые болезни, заболевания пищеварительного тракта и болезни костно-мышечной системы [12].

Описанная выше картина имеет прямую зависимость от внешних причин. S. Schulz и соавт. (2017) советуют медицинским работникам всех уровней контролировать состояние своего здоровья. Однако практика показывает, что лишь малая часть работников здравоохранения обращается за профессиональной помощью и пытается лечиться самостоятельно. Примером может служить опрос швейцарских врачей, показавший, что далеко не каждый практикующий врач считает необходимым стоять на учете с теми или иными проблемами здоровья. Так, самолечением занимаются более половины медицинских работников [89]. Вместо того чтобы записаться на прием к специалисту, врачи предпочитают «неформальную» консультацию. Например, по данным S. Campbell и D. Delva (2003), 75 (61 %) из опрошенных 122 ординаторов не состояли на учете у врача общей практики, каждый третий не посещал врача в течение последних двух лет, 41 % респондентов сами выписывали себе рецептурные препараты, еще 47 %

обращались за рецептом к коллегам по работе [71]. Одновременно специалисты в области здравоохранения имеют несколько барьеров в психологическом плане, которые М. Кау и соавт. (2008) подразделяют по основным характеристикам [90]:

1) барьеры «пациента». Как правило, они включают в себя стеснение, отсутствие реального времени из-за больших нагрузок на работе, низкий уровень дохода, а также другие факторы, связанные с личностными составляющими;

2) барьеры «поставщика». В большинстве случаев врачи пренебрегают обращением за профессиональной помощью, так как их волнует вопрос сохранения сведений о своем вопросе. Еще одной специфичной проблемой является реальное представление о возможностях медицинского учреждения и его работников, в том числе и из собственной врачебной практики;

3) «системные» барьеры. К данной категории относят непосредственную политику государства в области здравоохранения, например, большую физическую загруженность работников. Также отмечается неудовлетворение ожиданий при записи к другому врачу. Как правило, обратившись за профессиональной помощью, не каждый сможет почувствовать себя «обычным» пациентом.

В этой связи назревает высокая потребность масштабного исследования, посвященного изучению распространенности ФР ХНИЗ в когорте российских медицинских работников. Полученные результаты этого мероприятия позволят не только получить обоснованную статистику, но и помогут разработать полноценную программу профилактических мер.

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Объект и методы исследования

Для выполнения диссертационной работы было спланировано и проведено одномоментное сравнительное исследование по единому протоколу в соответствии с международным стандартом этических норм и качества научных исследований (стандарт Good Clinical Practice). Протокол исследования был утвержден локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск) (регистрационный № 4984 от 31.10.2016).

Согласно поставленной цели были составлены программа и план исследования, разработана методика его проведения.

Предмет исследования: распространенность поведенческих и метаболических ФР ХНИЗ у медицинских работников.

Субъект исследования: медицинские работники Томской области, проживающие и работающие в Томской области, наличие высшего или среднего медицинского образования).

При поддержке Департамента здравоохранения Томской области, исследование проводилось в 76 медицинских организациях города Томска и Томской области всех форм собственности, различных по ведомственной принадлежности (20 лечебно-профилактических учреждений расположены в районных центрах Томской области, 55 медицинских учреждений – в городе Томске, одно учреждение – в ЗАТО Северск).

В исследовании были включены 4155 медицинских работников различных специальностей. Из всего количества лиц, принявших участие в исследовании, четверть – медицинский персонал районных ЛПУ Томской области, и более трети – врачи (Таблица 1).

В соответствии с задачами исследования была разработана и внедрена анкета (Приложение 1), которая представлена в электронном виде и размещена на сайте Департамента здравоохранения Томской области (путь доступа:

<http://www.golosaonline.ru/medto>). Перед прохождением online анкетирования респондент был уведомлен о том, что его участие является добровольным и анонимным, и дать на это согласие.

Отвечая на вопросы каждого блока анкеты, каждому респонденту чаще всего необходимо было выбрать ответ из предложенных вариантов, на некоторые вопросы – вписать ответ самостоятельно.

Таблица 1 – Медицинские работники, принявшие участие в исследовании

Дислокация медицинских организаций	Количество медицинских работников	Средний медицинский персонал	Врачи
г. Томск	3128	1808	1320
Районные учреждения	1027	679	348
Итого	4155	2487	1668

Первый блок анкеты состоял из 41 вопроса, направленного на выявление социально-экономических факторов, ассоциированных с распространенностью ФР ХНИЗ у медицинских работников различных специальностей в Томской области.

Вопросы первого блока анкеты определяли следующие группы факторов:

- 1) социальный статус (пол, возраст, состояние в браке, наличие и количество детей);
- 2) уровень образования (среднее, высшее, два и более высших), наличие ученой степени, ученого звания;
- 3) специальность, место работы, должность и стаж работы;
- 4) рабочая нагрузка (количество мест работы, ставок, рабочих дней в недели, ночных и суточных дежурств, продолжительность рабочего дня, количество пациентов или процедур);
- 5) комфорт на рабочем месте, количество времени, затрачиваемое на дорогу к месту работы, наличие обеденного перерыва, оснащение рабочего места;

- б) оценка результатов работы и признание (наличие почетных грамот, благодарностей и (или) других поощрений).

Перечень должностей в предложенных ответах был сформирован в соответствии с номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183н.

Второй блок анкеты включал 18 вопросов для оценки распространенности ФР ХНИЗ и был составлен на основании методических рекомендаций «Мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении», рекомендованных к применению Минздравом России (Приложение 2) [4].

Вопросы для оценки распространенности поведенческих ФР ХНИЗ.

1. Досаливаете ли Вы уже приготовленную пищу?

Нет, не досаливаю.

Да, предварительно пробуя.

Да, не пробуя.

2. Употребляете ли Вы ежедневно 450 г и более фруктов и овощей (не считая картофеля)?

Нет.

Да.

3. Употребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда в день?

Нет.

Да.

4. Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и (или) холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении?

Нет.

Да.

5. Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?

Менее 30 минут.

30 минут и более.

6. Курите ли Вы?

Никогда не курил(а).

Курил(а), но бросил(а).

Курю.

7. Если да, то употребляете (употребляли) ли Вы табачные изделия ежедневно?

Не курю.

Да.

Нет.

8. Сколько в среднем сигарет/папирос (или иных табачных изделий) Вы выкуриваете (выкуривали) в день?

9. Сколько лет вы курите/курили?

10. Сколько эпизодов употребления алкоголя у Вас было за прошедшие 2 недели?

11. Вам никогда не казалось, что Вам следует уменьшить употребление алкоголя?

Нет.

Да.

12. Какому алкогольному напитку Вы отдаете предпочтение?

Водка, коньяк / Домашние крепкие настойки / Крепленые вина / Вино/шампанское / Коктейли / Пиво / Не употребляю алкогольных напитков.

Все участники анкетирования указывали свой рост и вес (для расчета индекса массы тела (ИМТ), АД, а также вносили сведения о содержании глюкозы и холестерина в крови по результатам последнего медицинского осмотра. Если медицинский работник не знал значение этих показателей или не проходил медицинский осмотр, он оставлял данный вопрос без ответа.

Рациональное питание оценивали, как потребление респондентом фруктов и овощей в объеме 450 г и более в день, без учета употребления картофеля.

Также оценивали пищевое поведение медицинских работников. Избыточное потребление соли определяли в случае ответа «Да, не пробуя» на вопрос анкеты: «Досаливаете ли Вы уже приготовленную пищу?». Избыточным потреблением простых сахаров считали прием шести и более ложек сахара, варенья, меда в день.

Регулярное употребление алкоголя расценивали как прием алкогольных напитков более 2 раз за последние две недели.

Курение оценивали по результатам опроса. Обследуемый считался курящим, если на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» отвечал «Да». Если медицинский работник отвечал утвердительно, то его ответ сравнивали с таковым респондентов, давших ответ «Никогда не курил». При этом вариант ответа «Бросил курить» не принимался нами для расчета отношения шансов (ОШ).

Анкета также содержала вопросы, сколько лет курит и сколько сигарет респондент выкуривает в день. Таким образом, мы оценивали стаж курения.

Физическую активность оценивали по стандартному опроснику и по рекомендациям протокола CINDI [40]. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №124н от 13.03.2019 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» определялась гиподинамия, критерием которой был ответ «Ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день».

За ИзбМТ принимали значение ИМТ ≥ 25 кг/м², ожирение констатировали при ИМТ ≥ 30 кг/м².

Гиперхолестеринемию регистрировали, если значение холестерина в крови респондентов, полученное при последнем медицинском осмотре, было равным или превышало 5,0 ммоль/л, гипергликемию – при уровне глюкозы в крови не менее 6,1 ммоль/л.

2.2 Статистическая обработка результатов исследования

Для статистической обработки результатов исследования использовали пакет программ Statistica for Windows, version 10.0.

Применялись стандартные методы вариационной статистики. Для количественных показателей определяли среднее значение M , стандартную ошибку m , интервал вариации (минимум и максимум). Для качественных показателей – частоту выявления показателя (%). Статистическую значимость различий средних величин оценивали с помощью t -критерия Стьюдента, статистическую значимость различий относительных величин – критерия χ^2 . Статистически значимыми считали различия при уровне $p \leq 0,05$. Для оценки влияния признака (ФР) рассчитывали отношение шансов (ОШ) с указанием 95%-го доверительного интервала (ОШ, 95%-й ДИ). Сравнение качественных показателей проводили с использованием критерия χ^2 . Пирсона или точного критерия Фишера (при числе ожидаемых наблюдений в одной из ячеек таблиц 2×2 менее 5).

ГЛАВА 3. ОПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ – УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Врачи

В исследовании принимали участие 1668 работающих лиц с высшим медицинским образованием, в том числе 1 320 сотрудников (79,1 %), которые трудятся в городских лечебных учреждениях, и 348 (20,9 %) сельских врачей. Выборка состояла из врачей различного профиля: 488 – хирургического, 904 – терапевтического, 185 – диагностического и 91 человека, занимающегося организационной и методической работой. Средний возраст составил $(42,02 \pm 11,32)$ года (Таблица 2).

На момент исследования общая численность медицинских работников, имеющих высшее образование, в Томской области составила 5913 человек. В результате в рамках исследовательской работы участвовали 28% всех врачей региона. Выборку можно считать достоверной, отражающей объективную реальность.

Было установлено, что средняя продолжительность непрерывной трудовой деятельности врачей в городе и сельской местности статистически значимо не отличалась, но интенсивность труда на селе оказалась выше. При этом коэффициент внутреннего совместительства составлял $1,34 \pm 0,56$ и $1,26 \pm 0,55$ соответственно ($p = 0,006$). Сельские врачи меньше, чем городские, совмещают основную деятельность с работой в сторонних лечебных учреждениях ($(1,1 \pm 0,4)$ и $(1,4 \pm 0,7)$ соответственно, $p < 0,005$), чаще заступают на ночные дежурства (7,0 (5,0; 9,5) против 4,0 (3,0; 6,0); $p = 0,007$). Примечательно, что продолжительность рабочих смен в вышеназванных группах не отличается.

Высшая квалификационная категория чаще наблюдалась у врачей в сельской местности (ОШ 0,55; 95 %-й ДИ 0,38–0,79). Квалифицированные медицинские работники с той или иной ученой степенью чаще работают в городских условиях (ОШ 7,98; 95 %-й ДИ 3,89–16,30).

Таблица 2 – Показатели трудовой деятельности врачей, принявших участие в исследовании, $M \pm m$

Показатель	Врачи (n = 1668)									
	Все (n = 1668)	Город (n = 1320)	Районы области (n = 348)	p	Городские ЛПУ (n = 1320)			Сельские ЛПУ (n = 348)		
					женщины (n = 942)	мужчины (n = 378)	p	женщины (n = 237)	мужчины (n = 111)	p
Возраст, лет	42,9 ± 11,6	43,1 ± 11,6	42,5 ± 11,9	0,368	43,0 ± 11,2	43,1 ± 11,8	0,949	42,6 ± 11,9	42,2 ± 11,9	0,889
Количество учреждений, в которых одновременно работает респондент	1,3 ± 0,6	1,4 ± 0,7	1,1 ± 0,4	<0,001	1,5 ± 0,8	1,3 ± 0,7	<0,001	1,1 ± 0,3	1,3 ± 0,6	0,002
Общий медицинский стаж, лет	19,7 ± 11,8	18,4 ± 11,5	18,2 ± 11,8	0,676	18,6 ± 11,1	18,3 ± 11,7	0,509	18,5 ± 11,9	17,5 ± 11,6	0,492
Общее количество занимаемых ставок	1,20 ± 0,50	1,26 ± 0,55	1,34 ± 0,56	0,006	1,4 ± 0,7	1,2 ± 0,5	<0,001	1,3 ± 0,6	1,4 ± 0,5	0,009
Общая продолжительность рабочего дня, часы	8,4 ± 3,1	8,5 ± 3,3	8,4 ± 2,7	0,167	8,8 ± 3,5	8,3 ± 3,2	0,001	8,0 ± 1,7	9,2 ± 3,9	0,003
Среднее количество ночных (по 12 ч) дежурств в месяц, Me (Q25–Q75)	5,0 (3,0–7,0)	4,0 (3,0–6,0)	7,0 (5,0–9,5)	0,007	4,0 (3,0–5,0)	5,0 (4,0–6,5)	<0,001	7,0 (5,0–9,0)	7,0 (5,0–10,0)	<0,001
Среднее количество суточных (по 24 ч) дежурств в месяц Me (Q25–Q75)	3,0 (2,0–5,0)	3,0 (2,0–5,0)	4,0 (2,0–5,0)	0,836	2,0 (2,0–4,5)	4,0 (2,0–5,0)	<0,001	3,0 (2,0–4,0)	4,0 (2,0–8,0)	<0,001

Выяснилось, что 613 (36,7 %) врачей страдали хронической болезнью, однако это характерно в основном для работников городских ЛПУ (ОШ 0,76; 95 %-й ДИ 0,60–0,97). Было установлено, что, хронической патологией в сельской местности страдали преимущественно женщины (ОШ 1,77; 95%-й ДИ 1,10–2,84). Следует отметить, что рабочая нагрузка на врачей-мужчин и в городских, и в сельских условиях оказалась выше по сравнению с таковой у лиц женского пола.

В укрупненных выборках зафиксированы результаты, представленные в Таблице 3. Врачи организационно-методического звена относятся к старшей возрастной группе и имеют продолжительный стаж работы, но репрезентативными могут считаться различия по данному показателю лишь при сравнении с врачами хирургического профиля. Возрастные показатели среди других групп специалистов оказались сопоставимыми между собой.

Таблица 3 – Показатели трудовой деятельности городских и сельских врачей в зависимости от специальности, $M \pm m$

Показатель	Терапевты (n = 904)		Хирурги (n = 488)		Диагносты (n = 185)		Организаторы здравоохранения (n = 91)	
	Город	Село	Город	Село	Город	Село	Город	Село
	(n = 694)	(n = 210)	(n = 408)	(n = 80)	(n = 156)	(n = 29)	(n = 62)	(n = 29)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Возраст, лет	43,2 ± 12,0	43,0 ± 12,0	42,4 ± 10,9	41,4 ± 12,0	43,0 ± 11,6	40,4 ± 11,9	46,5 ± 11,1	43,6 ± 10,8
Общий медицински й стаж, лет	17,6 ± 11,0 ^{2,3,4}	20,4 ± 11,6 ^{1,4}	10,5 ± 8,1 ^{1,4}	18,1 ± 11,0 ^{1,2,3}	18,3 ± 14,8 ^{2,3,4}	17,4 ± 10,1 ^{1,4}	22,4 ± 15,8 ^{1,4}	23,1 ± 15,4 ^{1,2,3}
Количество учреждений, в которых одновременно работает респондент	1,3 ± 0,7*	1,2 ± 0,5	1,5 ± 0,7*	1,2 ± 0,4	1,4 ± 0,8*	1,1 ± 0,3	1,2 ± 0,5	1,1 ± 0,4

Окончание Таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Общая продолжительность рабочего дня, ч	8,3 ± 3,2	8,1 ± 2,1	8,8 ± 3,7	9,4 ± 4,1	8,1 ± 3,3	7,4 ± 1,7	8,7 ± 1,4*	8,1 ± 1,2
Общее количество занимаемых ставок по медицинской должности во всех учреждениях	1,2 ± 0,5	1,3 ± 0,5	1,4 ± 0,6	1,5 ± 0,7	1,2 ± 0,6	1,3 ± 0,5	1,1 ± 0,4	1,2 ± 0,4*
Среднее количество пациентов (процедур / исследований) в день, <i>Me (Q25–Q75)</i>	27 (24–42)	21 (18–32)*	17 (15–25)	25 (23–30)	17 (17–27)	22 (19–28)	16 (14–20)	15 (13–18)
Среднее количество ночных дежурств в месяц, <i>Me (Q25–Q75)</i>	4 (2–5)	5 (3–7)	4 (3–6)	5 (3–8)	4 (3–6)	5 (4–7)	2 (1–3)	3 (1–4)

Примечание. ¹ – $p < 0,05$ при сравнении с группой терапевтов; ² $p < 0,05$ при сравнении с группой хирургов; ³ $p < 0,05$ при сравнении с группой диагностов; ⁴ $p < 0,05$ при сравнении с группой организаторов, * – $p < 0,05$ при сравнении село – город.

В отношении количественных характеристик трудовых затрат выявлены статистически значимые значения показателей по многочисленным факторам. Например, городские врачи-хирурги совмещали большее число ставок по сравнению с другими группами работников ($1,4 \pm 0,6$; $p < 0,02$). Они имели также большее 12-часовых дежурств в течение месяца, чем их коллеги, занимающие административные должности (4 (3–6) и 2 (1–3) соответственно; $p < 0,01$).

Самая маленькая продолжительность рабочей смены выявлена у диагностов ($8,0 \pm 3,1$) ч, а самая большая – у специалистов хирургического профиля ($8,9 \pm 3,8$) ч и организационно-методического звена ($8,5 \pm 1,4$) ч.

Кроме того, были обнаружены статистически значимые различия в показателях работы укрупненных групп в соотношении «город» (врачи ЛПУ г. Томска и ЗАТО Северск) и «село» (врачи из медицинских учреждений районных центров Томской области). Зафиксировано, что возраст, общая продолжительность трудового дня и количество суточных дежурств были примерно одинаковыми у городских и сельских специалистов. При этом представители сельских ЛПУ, как правило, работают в одной организации. Исключением являются организаторы здравоохранения, которые совмещают больше ставок.

3.2 Средние медицинские работники

По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Томской области, на момент проведения исследования в Томской области численность средних медработников (медсестры, фельдшеры, акушерки, зубные техники, лаборанты и так далее) составляла 11493 человека. В процессе исследования было проведено анкетирование, в котором приняли участие выбранные случайным образом 2486 медсестер и фельдшеров, в том числе представителей городских ЛПУ – 1 807 (72,7 %), сельских 679 (27,3 %) (Таблица 4). Поэтому можно считать, что полученные данные отражают реальную картину в области.

В городских медицинских учреждениях возраст средних медицинских работников был меньше, чем в сельских ($40,5 \pm 11,0$ и $43,7 \pm 10,9$) года соответственно, $p < 0,001$), они имели статистически значимо меньший стаж работы в сравнении с коллегами, работающими в районных ЛПУ ($17,6 \pm 11,0$ против $20,4 \pm 11,6$) года; $p < 0,001$).

Таблица 4 – Характеристика среднего медицинского персонала, принявшего участие в исследовании, $M \pm t$

Показатель	Средний медицинский персонал (n = 2486)								
	Город (n = 1807)	Село (n = 679)	P	Город (n = 1807)			Село (n = 679)		
				мужчины (n = 119)	женщины (n = 1688)	P	мужчины (n = 33)	женщины (n = 646)	P
Возраст, лет	40,5 ± 11,0	43,7 ± 10,9	<0,001	32,6 ± 9,6	41,1 ± 10,9	<0,001	32,6 ± 6,8	44,3 ± 10,8	<0,001
Количество учреждений, в которых одновременно работает респондент	1,2 ± 0,6	1,1 ± 0,3	<0,001	1,3 ± 0,6	1,2 ± 0,6	0,001	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,3	0,280
Общий медицинский стаж, лет	17,6 ± 11,0	20,4 ± 11,6	<0,001	10,5 ± 8,1	18,1 ± 11,0	<0,001	8,4 ± 6,3	21,0 ± 11,5	<0,001
Общее количество занимаемых ставок по медицинской должности во всех учреждениях	1,2 ± 0,5	1,2 ± 0,4	0,327	1,3 ± 0,7	1,2 ± 0,4	0,002	1,3 ± 0,4	1,2 ± 0,4	0,001
Среднее количество проводимых (процедур/ исследований) в день, $Me (Q25-Q75)$	27 (23–41)	20 (17–31)	0,025	17 (14–25)	25 (21–30)	<0,001	18 (15–27)	23 (19–28)	0,211
Средняя продолжительность рабочего дня, ч	10,8 ± 5,7	10,5 ± 5,6	<0,001	15,3 ± 7,4	10,5 ± 5,5	<0,001	15,2 ± 7,0	10,3 ± 5,4	<0,001
Среднее количество ночных (по 12 ч) дежурств в месяц, $Me (Q25-Q75)$	8,0 (4,0–9,0)	8,0 (7,0–8,8)	0,087	8,0 (6,0–10,0)	7,0 (4,0–9,0)	<0,001	8,0 (7,0–9,0)	7,0 (7,0–8,5)	<0,001
Среднее количество суточных (по 24 ч) дежурств в месяц, $Me (Q25-Q75)$	7,0 (3,00–9,0)	8,0 (5,0–11,0)	0,426	8,0 (4,0–10,0)	7,0 (3,0–8,0)	<0,001	9,0 (5,5–12,5)	8,0 (5,0–10,0)	<0,001

В городских лечебных учреждениях была зарегистрирована более высокая интенсивность работы фельдшеров и медсестер. При этом средний медицинский персонал в городе работал в большем количестве организаций, чем в сельской местности ($1,2 \pm 0,6$ и $1,1 \pm 0,3$ соответственно; $p < 0,001$), имел более высокий коэффициент совместительства ($1,3 \pm 0,7$ против $1,2 \pm 0,5$; $p = 0,009$), выполнял большее количество процедур в течение рабочего дня (27 (23–41) и 20 (17–31) соответственно, $p = 0,025$), который по продолжительности статистически значимо превышал аналогичный показатель для среднего медицинского персонала, работающего в районных ЛПУ ($(10,8 \pm 5,7)$ ч против $(10,5 \pm 5,6)$ ч; $p < 0,001$).

Кроме того, выявлено, что сон менее 8 ч в сутки характерен для медицинских работников в городских медицинских организациях, чем для их коллег из районов области ($p < 0,001$). Было замечено, что в городе мужчины недосыпают больше, чем женщины ($p < 0,001$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что количество медицинских сестер, страдающих хроническими заболеваниями, в два раза меньше районах области, чем в городах (ОШ 0,59; 95%-й ДИ 0,49–0,71).

По результатам анкетирования было выявлено, что, как в городских, так и в районных ЛПУ, мужчины были моложе, чем женщины, при этом их деятельность характеризовалась большей интенсивностью в сравнении с женщинами ($p < 0,001$).

ГЛАВА 4. ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

4.1 Поведенческие и метаболические факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в популяции врачей

В результате проведенного исследования получены следующие результаты о распространенности ФР ХНИЗ среди врачей Томской области.

Согласно результатам проведенного анкетирования, 253 врача (15,1 %) сообщили о том, что они курят. Данный ФР менее распространен у женщин, как в городских ЛПУ (ОШ 0,12; 95%-й ДИ 0,08–0,17), так и районных медицинских организациях (ОШ 0,09; 95%-й ДИ 0,04–0,20). Было выявлено, что средний стаж курения различался в зависимости от пола. Мужчины в среднем курили ($16,2 \pm 10,0$) лет, женщины – ($10,6 \pm 8,0$) лет ($p < 0,005$). Различия в стаже курения в зависимости от пола наблюдались как у городских медработников ($(15,9 \pm 9,6)$ лет у мужчин, $(11,2 \pm 8,3)$ лет – у женщин; $p < 0,005$), так и у сельских ($17,5 \pm 11,4$ и $(7,2 \pm 4,9)$ лет соответственно; $p < 0,005$).

Регулярное употребление алкоголя подтвердили 186 (11,2 %) врачей, при этом были зарегистрированы статистически значимые гендерные различия по распространенности данного ФР, как в городских ЛПУ, так и в районах области. Самыми популярными спиртными напитками оказались вино/шампанское, об их употреблении заявили 38 % врачей, а также крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк), которые оказались предпочтительны для каждого пятого врача (21,5 %). При этом 17,2 % врачей считают, что им необходимо уменьшить употребление спиртных напитков.

Гиподинамия зарегистрирована практически у половины врачей – 762 (45,7 %). Поэтому ФР не было выявлено статистически значимых различий между врачами, работающими в городских ЛПУ, и их коллегами из районных центров.

Такой ФР, как нерациональное питание, зафиксирован у 1128 (67,6 %) респондентов. В сельских ЛПУ врачи-мужчины питаются более правильно и рационально, чем женщины (ОШ 6,36; 95%-й ДИ 3,74–10,79).

В исследовании также были оценены пищевые привычки врачей Томской области. Установлено, что в городских ЛПУ употребление шести и более ложек сахара или других сладостей в день чаще имело место у женщин, чем у их коллег-мужчин (ОШ 6,34; 95%-й ДИ 3,74–10,74). В то же время, в районных учреждениях здравоохранения врачи-мужчины в 2 раза реже, чем женщины, употребляют содержащие сахар продукты (ОШ 0,54; 95%-й ДИ 0,33–0,85). Мужчины реже, чем женщины, обращают внимание на содержание холестерина в продуктах питания, как в городских медицинских учреждениях (ОШ 0,47; 95%-й ДИ 0,36–0,60), так и в сельских ЛПУ (ОШ 0,33; 95%-й ДИ 0,20–0,53). Отмечено, что работающие в городе врачи больше обращают внимание на содержание жира в продуктах (ОШ 1,38; 95%-й ДИ 1,09–1,75), чем их коллеги в сельских медицинских учреждениях.

По результатам исследования, ИзбМТ (ИМТ \geq 25 кг/м²) зарегистрирована у 388 (34,7 %) врачей, а у 13,7 % – ожирение. Среднее значение ИМТ составило (25,5 \pm 4,9) кг/м², при этом данный ФР статистически значимо преобладал у женщин ($p < 0,01$ при сравнении этого показателя с таковым у мужчин). Индекс массы тела был выше у медработников из районов области, чем у городских ($p = 0,03$). Обнаружено, что ИМТ у мужчин-врачей из городских ЛПУ был статистически значимо выше, чем из сельской местности ($p = 0,02$), в то время как у женщин-врачей в районах области значения данного показателя были значимо выше по сравнению с таковыми у их коллег того же пола, работающих в городских ЛПУ ($p < 0,01$).

Уровень общего холестерина в крови 5,0 ммоль/л и более зарегистрирован у каждого четвертого участника данного исследования (297 человек; 27,3 %). Среднее значение этого показателя составило (4,9 \pm 1,1) ммоль/л и не имело статистически значимых различий у респондентов, как по территориальному принципу, так и по полу.

Фактор риска «гипергликемия» выявлен всего у 20 (1,6 %) врачей, принявших участие в исследовании. Среднее значение рассматриваемого показателя составило $(4,7 \pm 0,8)$ ммоль/л и не имело статистически значимых различий в зависимости от территориального местонахождения ЛПУ, а также гендерной принадлежности врача. Статистически значимых различий по уровню глюкозы в крови у врачей, представляющих городские ЛПУ, и их коллег из сельских медицинских организаций, а также по полу, не зарегистрировано.

Повышенное (140/90 мм рт. ст. и более) АД выявлено у 354 (21,2%) врачей, среднее значение систолического АД (САД) составило $(120,3 \pm 13,5)$ мм рт. ст., диастолического (ДАД) – $(76,8 \pm 10,2)$ мм рт. ст. Среднее САД было выше у мужчин, чем женщин, как в городских ЛПУ, так и в районных (для всех показателей $p < 0,01$). При сравнении среднего САД у врачей отмечено, что также статистически значимо оно было выше у мужчин, представителей городских ЛПУ, чем сельских ($p < 0,01$). Диастолическое АД оказалось выше у мужчин-врачей в городе, чем в сельской местности, в то время как среди женщин-врачей зафиксирована противоположная ситуация (в обоих случаях $p < 0,05$) (Таблица 5).

Таблица 5 – Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей

Показатель	Врачи (n = 1668)									
	Все	Город	Село	ОШ	Город (n = 1320)			Село (n = 348)		
	(n = 1668)	(n = 1320)	(n = 348)		мужчины (n = 378)	женщины (n = 942)	ОШ	мужчины (n = 111)	женщины (n = 237)	ОШ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Курение (курит/никогда не курил)	253 (15,1 %)	210 (15,8 %) / 867 (65,6 %)	43 (12,3 %) / 249 (71,5 %)	1,40 (0,98–2,00)	131 (26,3 %) / 148 (39,0 %)	79 (8,3 %) / 719 (76,3 %)	0,12 (0,08–0,17)	31 (27,9 %) / 50 (45,0 %)	12 (5,06 %) / 199 (83,9 %)	0,09 (0,04–0,20)
Прием алкоголя (более 2 раз за последние 2 недели /и менее)	186 (11,2 %)	151 (11,5 %) / 1167 (88,5 %)	35 (10,1 %) / 313 (89,9 %)	1,15 (0,78–1,70)	78 (20,7 %) / 298 (79,3 %)	73 (7,8 %) / 869 (92,2 %)	0,32 (0,22–0,45)	20 (18,0 %) / 91 (81,2 %)	15 (6,4 %) / 222 (93,6 %)	0,30 (0,15–0,62)
Низкая физическая активность (ходьба в умеренном темпе менее 30/более 30 минут)	762 (45,7 %)	619 (46,9 %) / 702 (53,1 %)	143 (41,1 %) / 205 (58,9 %)	1,26 (0,99–1,60)	187 (49,4 %) / 192 (50,6 %)	432 (45,8 %) / 510 (54,2 %)	0,87 (0,68–1,10)	52 (46,8 %) / 59 (53,2 %)	91 (38,4 %) / 146 (61,6 %)	0,71 (0,44–1,11)
Нерациональное питание (употребление менее 400 г свежих овощей и фруктов нет/да)	1128 (67,6 %)	892 (67,5 %) / 429 (32,5 %)	236 (67,8 %) / 112 (32,2 %)	0,98 (0,76–1,27)	249 (65,6 %) / 130 (34,4 %)	643 (68,2 %) / 299 (31,8 %)	1,12 (0,87–1,44)	23 (20,7 %) / 88 (79,3 %)	148 (62,4 %) / 89 (37,6 %)	6,36 (3,74– 10,79)

Окончание Таблицы 5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м ²)	388 (34,7 %)	318 (36,6 %) / 447 (50,8 %)	70 (28,1 %) / 133 (53,4 %)	1,37 (0,89-1,99)	80 (21,1 %) / 45 (11,9 %)	238 (25,2 %) / 396 (42,0 %)	0,33 (0,22-0,50)	16 (14,4 %) / 27 (24,3 %)	54 (22,7 %) / 106 (44,7 %)	0,84 (0,13-5,14)
Дислипидеми- я (холестерин $\geq 5,0$ ммоль/л)	297 (27,3 %)	242 (28,4 %) / 612 (71,6 %)	55 (23,7 %) / 177 (76,3 %)	1,27 (0,90-1,78)	67 (32,5 %) / 139 (67,5 %)	175 (27,1 %) / 473 (72,9 %)	0,76 (0,54-1,07)	19 (24,6 %) / 58 (75,4%)	36 (23,2 %) / 119 (76,8 %)	0,92 (0,48-1,74)
Гипергликемия (глюкоза $\geq 6,1$ ммоль/л)	20 (1,6 %)	15 (1,5 %) / 959 (98,5 %)	5 (2,5 %) / 239 (97,5 %)	0,74 (0,26-2,07)	5 (2,0 %) / 242 (98,0 %)	10 (1,3 %) / 717 (98,7 %)	0,67 (0,22-1,99)	2 (2,2 %) / 86 (97,8 %)	3 (1,9 %) / 153 (98,1 %)	0,84 (0,13-5,14)
Повышенное АД ($\geq 140/90$ мм. рт. ст.)	354 (21,2 %)	280 (21,2 %) / 1035 (78,8 %)	74 (21,2 %) / 274 (78,8 %)	1,00 (0,75-1,33)	122 (32,6 %) / 252 (67,4 %)	158 (16,7 %) / 783 (83,3 %)	0,41 (0,31-0,54)	19 (17,1 %) / 92 (82,9 %)	55 (23,2 %) / 182 (76,8 %)	0,87 (0,47-1,59)

4.1.1 Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей в зависимости от возраста

В исследовании продемонстрировано распределение поведенческих (Рисунок 1) и метаболических (Рисунок 2) ФР ХНИЗ у врачей в зависимости от возраста. Результаты исследования показали, что нерациональное питание преобладает в возрасте 23–29 лет (72 %). Самые высокие показатели распространенности табакокурения (17,4 %) зарегистрированы в возрастной группе 30–39 лет. В возрастной группе 60–69 лет начинают преобладать два метаболических ФР – ГХС (41,0 %) и ИзбМТ (73,1 %). После 70 лет преобладает повышенное АД (23,5 %). (Рисунок 1).

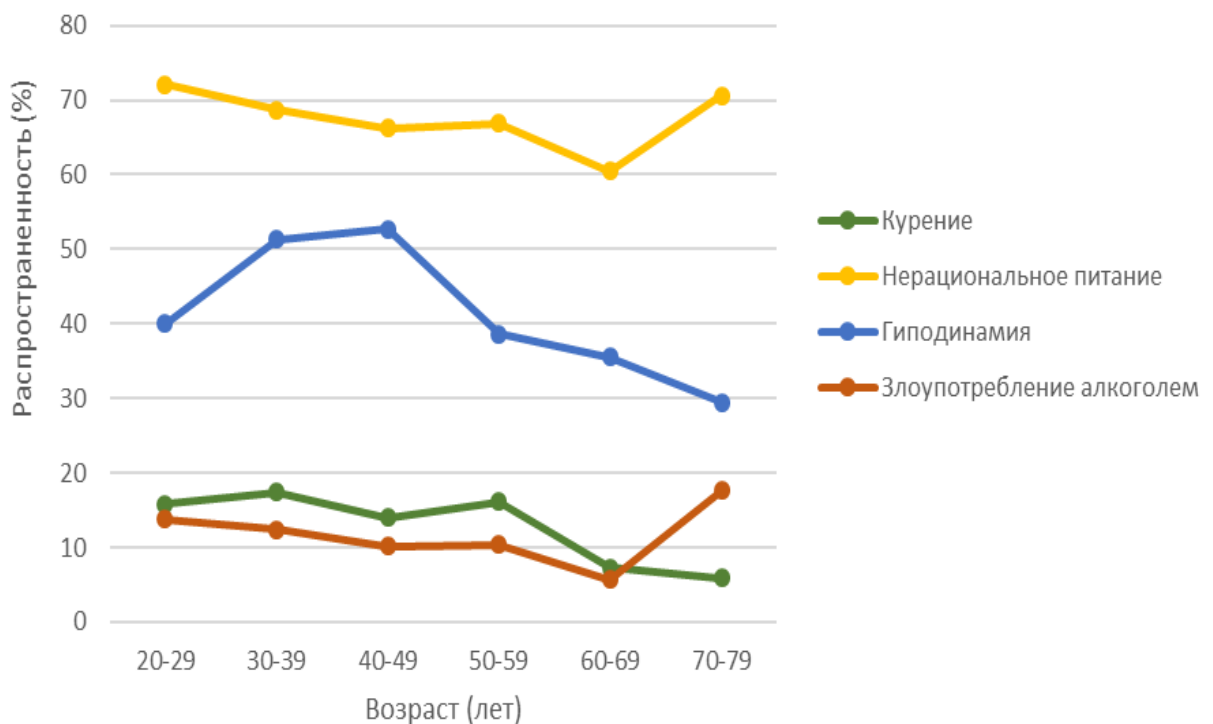


Рисунок 1 – Распространенность поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от возраста врачей

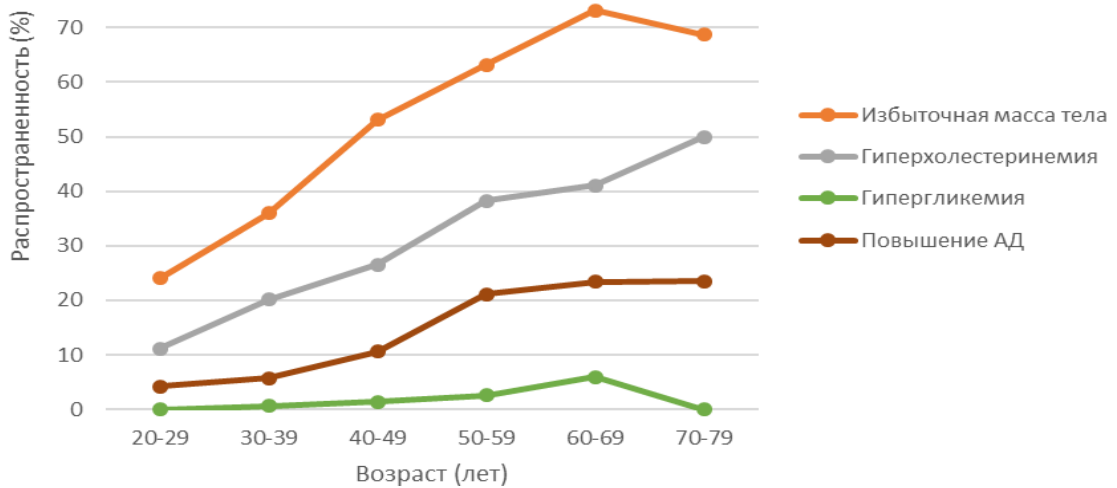


Рисунок 2 – Распространенность метаболических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от возраста врачей

4.1.2 Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от специализации

В исследовании также было проанализировано распределение ФР ХНИЗ у врачей различных специальностей. Так, о табакокурении сообщили каждый десятый терапевт (10,1 %) и каждый четвертый хирург (25,0 %), а среди организаторов здравоохранения и диагностов эта привычка выявлена у каждого седьмого и восьмого врача (15,3 % и 13,5 %) соответственно. Данный ФР менее распространен среди представителей терапевтических специальностей, чем среди хирургических (ОШ 0,27; 95%-й ДИ 0,19–0,36). У хирургов курение имело место в два раза чаще, чем у представителей диагностических специальностей (ОШ 2,56; 95%-й ДИ 1,59–4,15) и организаторов здравоохранения (ОШ 2,02; 95%-й ДИ 1,08–3,78) (Таблица 6). Среди представителей терапевтических специальностей эта привычка преобладает в городских ЛПУ (ОШ 1,85; 95%-й ДИ 1,02–3,35) (Таблица 7), при этом у женщин курение регистрировалось в 9 раз реже, чем у мужчин (ОШ 0,11; 95 %-й ДИ 0,07–0,19). У врачей диагностических специальностей и организаторов здравоохранения курение менее распространено в женской когорте по сравнению с мужской (ОШ 0,13; 95%-й ДИ 0,05–0,33) и (ОШ 0,13; 95%-й ДИ 0,03–0,47) соответственно. Табакокурение среди женщин-хирургов распространено в 4 раза чаще, чем у мужчин-хирургов (ОШ 4,66; 95%-й ДИ 1,58–13,72).

Таблица 6 – Распределение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди групп врачей различных специальностей, ОШ (95%-й ДИ)

Специальность	Курение	Злоупотребление алкоголем	Нерациональное питание	Гиподинамия	Избыток массы тела	Гиперхолестеринемия	Повышенное АД
Терапевт / хирург	0,27 (0,19–0,36)	0,36 (0,26–0,51)	0,74 (0,58–0,94)	0,67 (0,54–0,84)	0,75 (0,55–1,03)	1,39 (1,00–1,92)	0,80 (0,61–1,04)
Терапевт / диагност	0,86 (0,62–1,18)	1,14 (0,62–2,11)	0,87 (0,52–1,32)	0,47 (1,08–2,00)	1,29 (0,85–1,95)	0,77 (0,51–1,16)	1,30 (0,85–1,97)
Терапевт / организатор здравоохранения	0,54 (0,29–1,02)	0,89 (0,41–1,93)	0,83 (0,62–1,22)	0,70 (0,45–1,08)	0,64 (0,35–1,16)	1,39 (0,73–2,65)	1,22 (0,70–2,15)
Хирург / диагност	2,56 (1,59–4,15)	3,12 (1,17–5,73)	1,17 (0,81–1,69)	0,82 (0,58–1,16)	1,70 (1,07–2,71)	0,55 (0,35–0,85)	1,62 (1,04–2,51)
Хирург / организатор здравоохранения	2,02 (1,08–3,78)	2,44 (1,14–5,23)	0,79 (0,48–1,13)	1,03 (0,66–1,62)	0,97 (0,51–1,85)	1,00 (0,51–1,97)	1,53 (0,86–2,73)
Диагност / организатор здравоохранения	0,59 (0,29–1,21)	0,78 (0,31–1,96)	0,94 (0,55–1,63)	1,25 (0,76–2,07)	0,57 (0,28–1,14)	1,81 (0,88–3,72)	0,94 (0,48–1,83)

Таблица 7 – Распределение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди групп врачей различных специальностей в зависимости от территориального места работы и гендерной принадлежности, ОШ (95%-й ДИ)

Специальность	Территориальное расположение ЛПУ, пол	Курение	Злоупотребление алкоголем	Нерациональное питание	Гиподинамия	Избыточная масса тела	Гиперхолестеринемия	Повышенное АД
Терапевты	город / село	1,85 (1,02–3,35)	0,97 (0,55–1,72)	0,91 (0,66–1,27)	1,22 (0,89–1,68)	1,08 (0,72–1,60)	1,18 (0,77–1,80)	0,88 (0,60–1,28)
	жен / муж	0,11 (0,07–0,19)	0,63 (0,36–1,13)	1,18 (0,82–1,69)	0,73 (0,51–1,03)	0,43 (0,25–0,75)	0,63 (0,36–1,13)	0,73 (0,49–1,11)
Хирурги	город / село	1,06 (0,57–1,94)	1,02 (0,55–1,94)	0,94 (0,55–1,61)	2,33 (1,46–3,73)	3,12 (1,38–7,29)	1,30 (0,61–2,75)	1,73 (0,76–2,48)
	жен / муж	4,66 (1,58–13,72)	0,32 (0,19–0,54)	0,81 (0,54–1,20)	1,31 (0,91–1,87)	0,49 (0,28–0,86)	0,54 (0,22–0,70)	0,29 (0,18–0,47)
Диагносты	город / село	1,07 (0,33–3,45)	2,33 (0,29–18,67)	1,63 (0,72–3,69)	0,99 (0,45–2,21)	1,30 (0,46–3,67)	4,22 (0,91–19,52)	0,96 (0,33–2,74)
	жен / муж	0,13 (0,05–0,33)	0,20 (0,06–0,66)	1,59 (0,72–3,49)	2,59 (1,12–5,96)	0,38 (0,12–1,14)	0,95 (0,32–2,78)	1,50 (0,48–4,63)
Организаторы здравоохранения	город / село	0,46 (0,14–1,51)	1,44 (0,27–7,64)	0,80 (0,30–2,11)	0,47 (0,19–1,16)	1,92 (0,52–7,04)	0,65 (0,17–2,36)	0,73 (0,23–2,27)
	жен / муж	0,13 (0,03–0,47)	0,40 (0,09–1,76)	0,86 (0,32–2,28)	1,46 (0,59–3,59)	0,36 (0,07–1,66)	1,07 (0,25–4,63)	0,50 (0,16–1,51)

Регулярное потребление алкоголя было зарегистрировано почти у каждого пятого хирурга (19,0 %), каждого десятого организатора здравоохранения (8,8 %), терапевта (8,0 %) и диагноста (7,0 %). Этот ФР превалирует среди врачей хирургических специальностей по сравнению с терапевтическими (ОШ 0,36; 95%-й ДИ 0,26–0,51), в 3 раза чаще, чем с диагностическими (ОШ 3,12; 95%-й ДИ 1,17–5,73) или с врачами-организаторами (ОШ 2,44; 95%-й ДИ 1,14–5,23). Регулярное потребление алкоголя менее распространено у женщин-хирургов (ОШ 0,32; 95%-й ДИ 0,19–0,54) и женщин-диагностов (ОШ 0,20; 95%-й ДИ 0,06–0,66), по сравнению с их коллегами мужского пола.

Нерациональное питание отмечалось у 65,2 % терапевтов, 69,2 % организаторов здравоохранения, 68,1% диагностов и у 71,5% хирургов (см. Таблицу 6). Врачи терапевтических специальностей питаются более рационально, чем хирурги. Так, по результатам опроса, данный ФР у терапевтов менее распространен (ОШ 0,74; 95%-й ДИ 0,58–0,94).

Оценка пищевых привычек врачей различных специальностей Томской области выявила, что врачи-хирурги меньше обращают внимание на содержание жира в продуктах питания, чем терапевты (ОШ 0,62; 95%-й ДИ 0,50–0,78). Мужчины-врачи реже обращают внимание на содержание холестерина в потребляемой пище, чем женщины. Такие различия зафиксированы, например, у хирургов (ОШ 0,51; 95%-й ДИ 0,35–0,75), терапевтов (ОШ 0,43; 95%-й ДИ 0,30–0,62) и диагностов (ОШ 0,35; 95%-й ДИ 0,15–0,82). Кроме того, врачи-терапевты, работающие сельских ЛПУ, обращают больше внимания на содержание жира в продуктах питания (ОШ 1,66; 95%-й ДИ 1,21–2,28) (см. Таблицу 7). Женщины-терапевты употребляют меньше сладостей, чем мужчины (ОШ 0,59; 95%-й ДИ 0,42–0,84). Выявлено, что хирурги, работающие в городских медицинских учреждениях, потребляют сладкие продукты реже, чем врачи этой специальности из районных ЛПУ (ОШ 0,56; 95%-й ДИ 0,33–0,97). Эта привычка регистрировалась у женщин в два раза реже, чем у мужчин (ОШ 0,51; 95%-й ДИ 0,35–0,74).

Следует обратить внимание на тот факт, что у медицинских работников терапевтических специальностей гиподинамия встречается реже, чем у хирургов

(ОШ 0,67; 95%-й ДИ 0,54–0,84) и диагностов (ОШ 0,47; 95%-й ДИ 1,08–2,00). Низкая физическая активность (НФА) регистрировалась у диагностов-женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин, работающих по той же специальности (ОШ 2,59; 95%-й ДИ 1,12–5,96) (см. Таблицу 6).

Терапевты-женщины с ИзбМТ зарегистрированы в меньшем количестве, чем мужчины (ОШ 0,43; 95%-й ДИ 0,25–0,75). В когорте хирургов ИзбМТ распространена практически в 2 раза чаще, чем у врачей диагностических специальностей (ОШ 1,70; 95%-й ДИ 1,07–2,71). У врачей-хирургов, чья профессиональная деятельность проходит в городских ЛПУ, данный ФР встречается в 3 раза чаще по сравнению хирургами из районов области (ОШ 3,12; 95%-й ДИ 1,38–7,29), и реже распространен у женщин, чем у мужчин (ОШ 0,49; 95%-й ДИ 0,28–0,86) (см. Таблицу 7).

В результате исследования было установлено, что гиперхолестеринемия менее распространена среди врачей хирургических специальностей, чем диагностических (ОШ 0,55; 95%-й ДИ 0,35–0,85). Данный ФР менее распространен у женщин-хирургов, чем у мужчин – представителей той же специальности (ОШ 0,54; 95%-й ДИ 0,22–0,70).

Гипергликемия выявлена лишь у 1,6 % врачей Томской области, участвовавших в настоящем исследовании. Статистически значимых различий среди представителей врачебных специальностей не зарегистрировано. Полученные данные свидетельствуют о том, что повышенное (140/90 мм рт. ст. и более) АД у хирургов наблюдалось статистически значимо чаще, чем у врачей-диагностов (ОШ 1,62; 95%-й ДИ 1,04–2,51).

4.2 Поведенческие и метаболические факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у средних медицинских работников

Среди среднего медицинского персонала самым распространенным поведенческим ФР явилось нерациональное питание, которое зарегистрировано у 1875 (75,4%) участников опроса. По результатам анкетирования выявлено, что

медицинский персонал среднего звена, работающий в сельских медицинских учреждениях, правильно и рационально питается чаще, чем их коллеги из городских медицинских организаций (ОШ 1,25; 95%-й ДИ 1,02–1,53) (Таблица 8). Например, мужчины, относящиеся к среднему медицинскому персоналу, из городских медицинских учреждений, реже употребляют 6 и более ложек сахара в сутки, чем их коллеги женщины (ОШ 0,38; 95%-й ДИ 0,24–0,56). При этом женщины в 2 раза чаще интересуются содержанием жира в продуктах питания, чем мужчины (ОШ 2,12; 95%-й ДИ 1,38–3,24).

Низкая физическая активность наблюдалась у каждого третьего респондента (853 человека, 34,3%). При этом было установлено, что гиподинамия более распространена у медработников, представляющих городские ЛПУ, в сравнении с их коллегами, работающими в сельской местности (ОШ 1,36; 95%-й ДИ 1,13–1,65) (Таблица 8).

При анкетировании, на вопрос о табакокурении утвердительно ответили 402 медицинских работника среднего звена (16,1%). Эта зависимость более распространена среди лиц мужского пола, как в городских ЛПУ (ОШ 0,28; 95%-й ДИ 0,18–0,44), так и районных медицинских организациях (ОШ 0,13; 95%-й ДИ 0,06–0,30). Обнаружено, что средний стаж табакокурения был статистически значимо больше у представителей городского медицинского персонала ($11,9 \pm 8,6$ лет), по сравнению с таковым у их коллег, работающих в сельских ЛПУ ($10,3 \pm 8,0$ лет) ($p < 0,005$).

По результатам проведенного анализа, регулярно употребляли алкогольную продукцию 177 человек (7,1%), статистически значимо чаще – средние медработники городских ЛПУ (ОШ 1,52; 95%-й ДИ 0,38–0,71). Самыми часто употребляемыми спиртными напитками оказались вино/шампанское (32,4%), на втором месте находились крепкие спиртные напитки, которые оказались предпочтительны для каждого шестого (16,5 %) среднего медработника. Анкетирование показало, что 14,2 % медицинских работников среднего звена считают, что им следует уменьшить употребление спиртосодержащих напитков.

Таблица 8 – Распределение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у среднего медицинского персонала

Фактор риска	Всего	Средний медицинский персонал (n = 2486)								
		город (n = 1807)	село (n = 679)	ОШ	городской (n=1807)			сельский (n=679)		
					мужчины (n = 119)	женщины (n = 1688)	ОШ (95%-й ДИ)	мужчины (n = 33)	женщины (n = 646)	ОШ (95%-й ДИ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Курение (курю/никогда не курил)	402 (16,1 %) / 1659 (66,7 %)	313 (17,3 %) / 1161 (64,2 %)	89 (13,1 %) / 498 (73,3 %)	1,48 (1,14–1,91)	39 (32,8 %) / 45 (37,8 %)	274 (16,2 %) / 1116 (66,1 %)	0,28 (0,18–0,44)	13 (39,4 %) / 11 (33,3 %)	76 (11,8 %) / 487 (75,4 %)	0,13 (0,06–0,30)
Злоупотребление алкоголем (более 2 раз за последние 2 недели)	177 (7,1 %) / 2309 (92,9 %)	105 (5,8 %) / 1702 (94,2 %)	72 (10,6 %) / 607 (89,4 %)	0,52 (0,38–0,71)	5 (4,2 %) / 114 (95,8 %)	100 (5,9 %) / 1588 (94,1 %)	1,43 (0,58–3,57)	1 (3,0 %) / 32 (97,0 %)	71 (11,0 %) / 575 (89,0 %)	3,95 (0,53–29,30)
Гиподинамия. (активная ходьба менее 30 минут/более 30 минут)	853 (34,3 %) / 1633 (65,7 %)	654 (36,1 %) / 1153 (63,9 %)	199 (29,3 %) / 199 (70,6 %)	1,36 (1,13–1,65)	52 (43,6 %) / 67 (56,4 %)	602 (35,6 %) / 1086 (64,4 %)	0,71 (0,49–1,00)	11 (33,3 %) / 22 (66,7 %)	188 (29,1 %) / 458 (70,9 %)	0,82 (0,39–1,72)
Нерациональное питание. Употребление более 400 г свежих овощей и фруктов (нет/да)	1875 (75,5 %) / 611 (24,5 %)	1384 (76,6 %) / 423 (23,4 %)	491 (72,3 %) / 118 (27,7 %)	1,25 (1,02–1,53)	93 (78,2 %) / 26 (21,8 %)	1291 (76,4 %) / 397 (23,5 %)	0,90 (0,58–1,42)	25 (75,7 %) / 8 (24,2 %)	466 (72,2 %) / 180 (27,8 %)	0,82 (0,36–1,87)

Окончание Таблицы 8

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м ²)	558 (22,44 %) / 741 (29,8 %)	391 (21,63 %)/ 532 (29,44 %)	167 (24,59 %)/ 209 (30,7 %)	0,92 (0,72–1,17)	29 (24,36 %)/ 19 (15,9 %)	362 (21,44 %)/ 519 (30,74 %)	0,31 (0,16–0,61)	5 (15,15 %) / 2 (6,06 %)	162 (25,07 %) / 207 (32,04 %)	0,31 (0,06–1,63)
Повышенное АД ($\geq 140/90$ мм рт. ст.)	482 (19,5%)/ 1985 (80,5%)	318 (17,7%)/ 1 471 (82,3%)	164 (24,1%)/ 514 (75,9%)	0,67 (0,54–0,83)	20 (16,9%)/ 98 (83,1 %)	298 (17,8%)/ 1 373 (82,2 %)	1,06 (0,64–1,74)	6 (18,1%) / 27 (81,9%)	158 (24,5%)/ 487 (75,5%)	0,68 (0,27–1,68)
Гиперхолестери- немия (уровень холестерина в крови $\geq 5,0$ ммоль/л)	410 (24,3%)/ 1274 (75,7%)	278 (22,6%)/ 9 53 (77,4%)	132 (29,1%)/ 321 (70,9%)	0,70 (0,55–0,90)	14 (23,8%) / 45 (76,2 %)	264 (22,5%)/ 908 (77,5 %)	0,93 (0,50–1,72)	4 (19%)/ 17 (81%)	128 (29,6%)/ 304 (70,4%)	1,78 (0,59–5,42)
Гипергликемия (уровень глюкозы в крови $\geq 6,1$ ммоль/л)	277 (14,6%)/ 1622 (85,4%)	195 (13,7%)/ 1229 (86,3%)	82 (17,3%) / 393 (82,7%)	0,76 (0,57–1,00)	12 (15,4 %) / 66 (84,6 %)	183 (13,6%) / 1163 (86,4%)	0,86; (0,46–1,63)	24 (100%)	82 (18,2%)/ 369 (81,8%)	$p > 0,05$

У 558 (33,6 %) средних медицинских работников выявлена ИзбМТ (ИМТ более 25 кг/м^2), у каждого пятого – ожирение (360 человек, 21,7 %). Среднее значение ИМТ составило $(26,5 \pm 5,5) \text{ кг/м}^2$, при том, что ИМТ оказался выше у мужчин, работающих в городских ЛПУ, по сравнению с таковым у женщин (ОШ 0,31; 95%-й ДИ 0,16–0,61) (см. Таблицу 8).

По результатам анкетирования, повышенное АД ($140/90 \text{ мм рт. ст.}$ и более), выявлено у 482 (19,5%) медицинских работников. Среднее значение САД составило $(118,7 \pm 13,9) \text{ мм. рт. ст.}$, ДАД – $(76,6 \pm 10,7) \text{ мм рт. ст.}$, и статистически значимо было в 2 раза ниже у медсестер, проживающих и работающих в районных центрах области (ОШ 0,67; 95%-й ДИ 0,54–0,83). При этом у женщин, работающих в городских ЛПУ, повышенное АД регистрировалось реже (ОШ 0,17; 95%-й ДИ 0,06–0,49) (см. Таблицу 8).

По результатам опроса такой ФР, как гипергликемия, выявлен у 277 (14,6 %) медработников среднего звена Томской области, участвовавших в исследовании. Среднее значение гипергликемии составило $(7,4 \pm 0,7) \text{ ммоль/л}$ и не имело статистически значимых различий по полу или территориальному месту работы респондентов.

Гиперхолестеринемия отмечалась у 410 (24,3 %) работников медицинских организаций ЛПУ Томской области. Среднее значение ГХС составило $(6,3 \pm 0,7) \text{ ммоль/л}$ и было статистически значимо выше у городского среднего медицинского персонала (ОШ 0,70; 95%-й ДИ 0,55–0,90).

4.2.1 Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у средних медицинских работников в зависимости от возраста

В ходе исследования было обнаружено, что самые высокие показатели табакокурения (21,5%) наблюдались у среднего медицинского персонала в возрасте от 20 до 29 лет, а в возрастной группе 30–39 лет отмечены самые высокие показатели регулярного употребления спиртных напитков (7,4 %) и высокая распространенность НФА (40,2 %). В возрасте 50–59 лет преобладали метаболические ФР, а именно ИзбМТ (74,9 %) и ГХС (41,4 %).

Избыточная масса тела (83,3 %), нерациональное питание (83,3 %), повышенное АД (66,6 %), ГХС (50,0 %) и гипергликемия (25,0 %) более всего распространены в возрастной группе работников среднего звена старше 70 лет, что демонстрирует эволюцию поведенческих (Рисунок 3) ФР в метаболические (Рисунок 4).

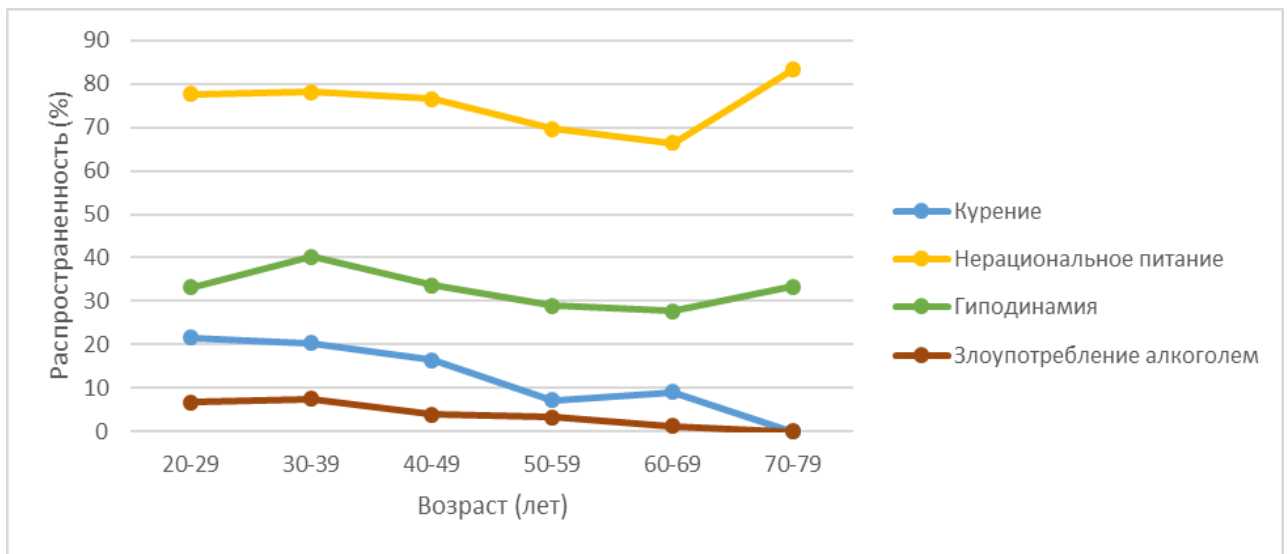


Рисунок 3 – Распространенность поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от возраста средних медицинских работников

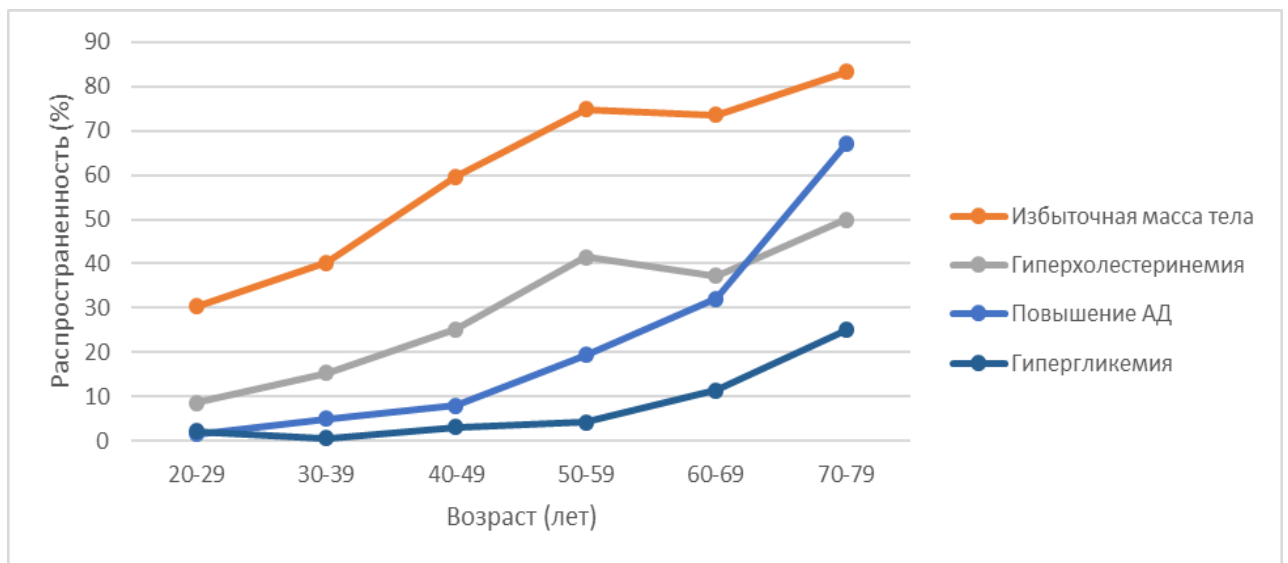


Рисунок 4 – Распространенность метаболических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от возраста среднего медицинского работника

4.3 Сравнение распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей и средних медицинских работников

По результатам исследования, нерациональное питание оказалось самым распространенным ФР, оно зафиксировано у 3003 (72,2 %) медицинских работников Томской области. Установлено, что данный ФР чаще встречается среди среднего медицинского персонала (ОШ 0,67; 95%-й ДИ 0,59–0,77), особенно работающего в городских ЛПУ (ОШ 0,63; 95%-й ДИ 0,54–0,74) (Таблица 9).

Таблица 9 – Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников

Поведенческие и метаболические факторы риска ХНИЗ	ОШ (95-й% ДИ) врачи / средние медицинские работники		
	всего	в городских ЛПУ	в ЛПУ районов области
Курение (курит/никогда не курил)	0,93 (0,78–1,11)	0,89 (0,73–1,09)	0,96 (0,65–1,43)
Прием алкоголя (более 2 раз за последние 2 недели/и менее)	1,63 (1,32–2,03)	2,09 (1,61–2,72)	0,94 (0,61–1,44)
Гиподинамия (активная ходьба менее 30 / более 30 минут)	1,61 (1,41–1,82)	1,55 (1,34–1,79)	1,68 (1,28–2,23)
Нерациональное питание (употребление более 400 г свежих овощей и фруктов)	0,67 (0,59–0,77)	0,63 (0,54–0,74)	0,84 (0,64–1,06)
Избыточная масса тела (ИМТ \geq 25 кг/м ²)	0,89 (0,75–1,06)	0,96 (0,79–1,17)	0,65 (0,46–0,93)
Гиперхолестеринемия (холестерин \geq 5,0 ммоль/л)	1,17 (0,98–1,39)	1,35 (1,11–1,65)	0,31 (0,21–0,45)
Гипергликемия (глюкоза \geq 6,1 ммоль/л)	0,09 (0,06–0,15)	0,09 (0,05–0,16)	0,11 (0,04–0,25)
Повышенное АД (\geq 140/90 мм рт. ст.)	1,11 (0,95–1,29)	1,25 (1,04–1,49)	0,84 (0,62–1,15)

Помимо этого, выявлено, что врачи чаще обращают внимание на содержание холестерина в продуктах, чем средний медицинский персонал

(ОШ 0,75; 95%-й ДИ 0,67–0,86), как городские жители (ОШ 0,79; 95%-й ДИ 0,69–0,92), так и сельские (ОШ 0,61; 95%-й ДИ 0,47–0,79). При этом медсестры, работающие в районных медицинских учреждениях, чаще досаливают уже приготовленную пищу, чем их коллеги врачи (ОШ 0,53; 95%-й ДИ 0,29–0,94).

Низкая физическая активность чаще наблюдается у врачей, чем у медсестер (ОШ 1,61; 95%-й ДИ 1,41–1,82), как в городе (ОШ 1,55; 95%-й ДИ 1,34–1,79), так и у работающих в сельских ЛПУ (ОШ 1,68; 95%-й ДИ 1,28–2,23).

Согласно проведенному опросу, подтверждают факт курения 15,7 % медицинских сотрудников, при этом статистически значимых различий между врачами и медсестрами, работающими в городе и в районах области, не выявлено.

Употребление медицинскими работниками алкогольных напитков более двух раз за последние две недели расценивали как регулярное употребление алкоголя. Данный ФР был выявлен у 363 (8,7 %) работников здравоохранения. Установлено, что у врачей регулярное употребление алкоголя более распространено, чем у фельдшеров (ОШ 1,63; 95%-й ДИ 1,32–2,03), при этом представителей городских ЛПУ оно регистрируется в два раза чаще (ОШ 2,09; 95%-й ДИ 1,61–2,72) (см. Таблицу 9).

Согласно результатам нашего исследования, ИзбМТ (ИМТ ≥ 25 кг/м²) выявлена у 946 (22,7%) работников здравоохранения. Среднее значение ИМТ у врачей составило $(25,5 \pm 4,9)$ кг/м², у медсестер – $(26,5 \pm 5,5)$ кг/м². Данный ФР более распространен в сельских ЛПУ среди среднего медперсонала, чем у их коллег врачей (ОШ 0,65; 95%-й ДИ 0,46–0,93) (см. Таблицу 9).

Гиперхолестеринемия наблюдалась у 707 (17,0%) работников медицинских учреждений. Среднее значение уровня холестерина в крови у врачей было $(4,9 \pm 1,1)$ ммоль/л, медсестер – $(6,3 \pm 0,7)$ ммоль/л. Данный ФР встречается чаще у врачей, работающих в городе (ОШ 1,35; 95%-й ДИ 1,11–1,65), а у медсестер в районах области (ОШ 0,31; 95%-й ДИ 0,21–0,45) (см. Таблицу 9). Следует отметить, что 34,8 % врачей и 32,2 % медсестер не знают свой уровень холестерина и не указали его при анкетировании.

Гипергликемия зарегистрирована у 297 (7,1 %) медицинских работников Томской области, средние значения уровня глюкозы составили ($4,7 \pm 0,8$) ммоль/л у врачей и ($7,4 \pm 0,7$) ммоль/л у среднего медицинского персонала. Данный ФР встречается чаще у медсестер, чем у врачей (ОШ 0,09; 95%-й ДИ 0,06–0,15), как в городских ЛПУ (ОШ 0,09; 95%-й ДИ 0,05–0,16), так и в сельских (ОШ 0,11; 95%-й ДИ 0,04–0,25).

По данным исследования, повышенное АД было зафиксировано у 836 (20,1%) работников здравоохранения. Среднее значение САД у врачей составило ($120,3 \pm 13,5$) мм рт. ст., ДАД – ($76,8 \pm 10,2$) мм рт. ст. У среднего медицинского персонала, по данным анкетирования, среднее значение САД находилось на уровне ($118,7 \pm 13,9$) мм рт. ст., ДАД – ($76,6 \pm 10,7$) мм рт. ст. Отметим, что данный ФР оказался в городских условиях работы выше у врачей, чем у медсестер (ОШ 1,25; 95%-й ДИ 1,04–1,49) (см. Таблицу 9).

4.4 Изучение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников и их ассоциация с трудовой деятельностью

4.4.1 Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от условий трудовой деятельности у врачей

В исследовании было проанализировано влияние трудовой деятельности на развитие ФР ХНИЗ у врачей (Таблица 10). Так, по результатам анкетирования, выявлена более высокая ассоциативная связь между нерациональным питанием и у врачей без квалификационной категории (ОШ 1,508; 95%-й ДИ 1,217–1,868), чем у их коллег со второй, первой или высшей квалификационной категорией. Наличие у врача ученого звания уменьшает вероятность развития данного ФР почти в два раза, по сравнению с таковым у коллег без звания (ОШ 2,654; 95%-й ДИ 1,479–4,762). Оказалось, что врачи, пользующиеся личным автомобилем, имеют больший шанс выявления данного ФР по сравнению с их коллегами, которые добираются на работу на общественном транспорте (ОШ 0,510; 95%-й ДИ 0,407–0,641).

Таблица 10 – Влияние показателей трудовой деятельности на возникновение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей

Фактор риска	Показатель	ОШ (95%-й ДИ)
1	2	3
Нерациональное питание	Протективные факторы	
	Ученое звание	2,654 (1,479–4,762)
	Наличие квалификационной категории	1,508 (1,217–1,868)
	Наличие административной должности	2,654 (1,479–4,762)
	Негативные факторы	
	Наличие личного транспорта	0,510 (0,407–0,641)
	Стаж работы менее 10 лет	0,726 (0,575–0,916)
	Продолжительность рабочего дня более 6 ч в день	2,403 (1,836–3,146)
	Плохая оснащенность рабочего места	2,848 (0,261–3,566)
	Время в пути на дорогу более 30 минут	1,340 (1,082–1,659)
	Отсутствие поощрений	1,538 (1,313–1,801)
	Работа более 5 дней в неделю	1,978 (1,464–2,673)
Гиподинамия	Протективные факторы	
	Продолжительность рабочего дня 6 ч и более в день	0,506 (0,432–0,786)
	Наличие ученой степени	2,423 (1,369–4,288)
	Наличие административной должности	2,097 (1,164–3,780)
	Время в пути на работу более 30 минут	0,644 (0,528–0,787)
	Негативные факторы	
	Наличие личного транспорта	0,511 (0,407–0,641)
	Наличие поощрений	0,056 (0,043–0,073)
	Наличие квалификационной категории (первая, вторая, высшая)	0,717 (0,587–0,876)
	Наличие ученого звания	0,477 (0,265–0,859)
	Количество пациентов или процедур менее 24 в день	0,698 (0,100–0,849)

Курение	Протективные факторы	
	Общее число занимаемых ставок в медицинском учреждении более одной	0,461 (0,346–0,613)
	Количество пациентов или процедур более 24 в день	0,639 (0,482–0,848)
	Негативные факторы	
	Наличие более 3 суточных дежурств в месяц	2,390 (1,692–3,375)
	Наличие личного транспорта	0,313 (0,227–0,430)
	Работа в двух и более медицинских учреждениях	1,437 (1,065–1,938)
	Продолжительность рабочего дня более 6 ч в день	2,275 (1,257–4,119)
	Отсутствие поощрений	1,435 (1,086–1,897)
	Наличие ученой степени	0,732 (0,557–0,961)
Регулярное потребление алкоголя	Протективные факторы	
	Наличие квалификационной категории (первая, вторая, высшая)	1,503 (1,107–2,041)
	Количество пациентов или процедур более 24 в день	0,554 (0,339–0,768)
	Негативные факторы	
	Стаж работы менее 10 лет	0,222 (0,152–0,326)
	Общее число занимаемых ставок в медицинском учреждении более одной	2,652 (1,948–3,622)
Избыток массы тела	Протективные факторы	
	Стаж работы менее 10 лет	1,477 (1,101–1,981)
	Негативные факторы	
	Время в пути на работу менее 30 минут	0,709 (0,540–0,930)
	Наличие поощрений	0,663 (0,486–0,906)
	Наличие квалификационной категории (первая, вторая, высшая)	0,460 (0,350–0,605)
	Наличие ученой степени	0,631 (0,440–0,904)
	Наличие ученого звания	0,227 (0,095–0,543)
Наличие административной должности	0,227 (0,095–0,543)	

1	2	3
Гиперхолестеринемия	Негативные факторы	
	Наличие личного транспорта	0,636 (0,461–0,878)
	Стаж работы более 10 лет	1,553 (1,121–2,149)
	Наличие поощрений	0,592 (0,411–0,853)
	Наличие квалификационной категории (первая, вторая, высшая)	0,599 (0,453–0,793)
Повышенное артериальное давление	Протективные факторы	
	Стаж работы менее 10 лет	1,719 (1,287–2,296)
	Негативные факторы	
	Наличие поощрений	0,591 (0,430–0,811)
	Наличие квалификационной категории	0,664 (0,518–0,851)
Гипергликемия	Негативные факторы	
	Работа в двух и более медицинских учреждениях	4,812 (2,798–8,274)

Кроме того, выявлено, что, если респондент тратит на дорогу до места работы больше 30 минут в день, увеличивается вероятность развития данного ФР (ОШ 1,340; 95%-й ДИ 1,082–1,659). Обнаружено, что врачи, занимающие административные должности, имеют большую возможность рационального питания, чем их коллеги, не занятые таким видом деятельности (ОШ 2,654; 95%-й ДИ 1,479–4,762). Общий стаж работы также влияет на развитие данного ФР: он выше у врачей, работающих менее 10 лет, чем у их коллег со стажем более 10 лет (ОШ 0,726; 95%-й ДИ 0,575–0,916). Зафиксировано, что рабочая неделя продолжительностью шесть дней и более увеличивает шанс возникновения данного ФР (ОШ 1,978; 95%-й ДИ 1,464–2,673). Риск нерационального питания выше у врачей, общая продолжительность рабочего дня которых составляет более 6 ч в день (ОШ 2,403; 95%-й ДИ 1,836–3,146). Плохая оснащенность рабочего места также увеличивает вероятность развития ФР (ОШ 2,848; 95%-й ДИ 0,261–3,566). Выявлено, что, если у работника нет поощрений

(благодарственные письма, почетные грамоты) также повышается риск нерационального питания (ОШ 1,538; 95%-й ДИ 1,313–1,801).

Шанс развития такого ФР, как гиподинамия, увеличивается у врачей с ученым званием (ОШ 0,477; 95%-й ДИ 0,265–0,859) и имеющих квалификационную категорию (ОШ 0,717; 95%-й ДИ 0,587–0,876). В то же время установлено, что наличие ученой степени (ОШ 2,423; 95%-й ДИ 1,369–4,288) и административной должности (ОШ 2,097; 95%-й ДИ 1,164–3,780) уменьшает риск развития НФА. Отмечено, что количество процедур и пациентов менее 24 в день повышает вероятность развития гиподинамии (ОШ 0,698; 95%-й ДИ 0,100–0,849). Подтверждено, что наличие у врача личного транспорта увеличивает риск возникновения НФА (ОШ 0,511; 95%-й ДИ 0,407–0,641). Продолжительность рабочего дня менее 6 ч также приводит к увеличению риска развития гиподинамии (ОШ 0,506; 95%-й ДИ 0,432–0,786). Шанс развития НФА увеличивается у врачей, у которых время в пути до рабочего места составляет менее 30 минут (ОШ 0,644; 95%-й ДИ 0,528–0,787). Также данный ФР преобладает среди врачей, у которых имеются поощрения от начальства в виде благодарственных писем, почетных грамот и т.д. (ОШ 0,056; 95%-й ДИ 0,043–0,073) (см. Таблицу 10).

Табакокурение статистически значимо чаще выявляется у врачей, имеющих ученую степень (ОШ 0,732; 95%-й ДИ 0,557–0,961). Риск развития данного ФР выше у врачей, имеющих за прием в день менее 24 процедур и пациентов (ОШ 0,639; 95%-й ДИ 0,482–0,848). Зарегистрировано, что практически в 2 раза повышается риск рассматриваемого ФР у врачей, имеющих более 3 суточных дежурств в месяц (ОШ 2,390; 95%-й ДИ 1,692–3,375). Вероятность данного фактора также выше у врачей, работающих в двух и более медицинских учреждениях (ОШ 1,437; 95%-й ДИ 1,065–1,938). У врачей, работающих более чем на одну ставку, уменьшается риск возникновения этой привычки (ОШ 0,461; 95%-й ДИ 0,346–0,613). Риск возникновения пристрастия к курению табачных изделий выше у врачей, продолжительность рабочего дня которых превышает 6 ч в день (ОШ 2,275; 95%-й ДИ 1,257–4,119). У врачей

установлена ассоциативная связь между курением и наличием личного транспорта (ОШ 0,313; 95%-й ДИ 0,227–0,430). Кроме того, получены данные, что у врачей, не имеющих поощрений, выше риск развития, рассматриваемого ФР (ОШ 1,435; 95%-й ДИ 1,086–1,897) (см. Таблицу 10).

На развитие такого ФР, как регулярное употребление алкоголя, влияет медицинский стаж работы респондентов, и он выше, если врач работает менее 10 лет (ОШ 0,222; 95%-й ДИ 0,152–0,326), и у врачей без квалификационной категории (ОШ 1,503; 95%-й ДИ 1,107–2,041). Установлено, что, если врач занимает больше одной ставки в медицинском учреждении, риск регулярного употребления алкоголя выше (ОШ 2,652; 95%-й ДИ 1,948–3,622). Напротив, количество процедур или пациентов менее 24 повышает риск развития данного ФР (ОШ 0,554; 95%-й ДИ 0,339–0,768) (см. Таблицу 10).

Риск развития ИзбМТ выше у врачей, стаж работы которых превышает 10 лет (ОШ 1,477; 95%-й ДИ 1,101–1,981). Выявлено, что время, затраченное врачом на дорогу до работы, менее 30 минут, увеличивает риск развития ИзбМТ (ОШ 0,709; 95%-й ДИ 0,540–0,930). Наличие поощрений увеличивает шанс возникновения ФР (ОШ 0,663; 95%-й ДИ 0,486–0,906). Также отмечено, что наличие звания профессора или доцента (ОШ 0,227; 95%-й ДИ 0,095–0,543), ученой степени (ОШ 0,631; 95%-й ДИ 0,440–0,904), квалификационной категории (ОШ 0,460; 95%-й ДИ 0,350–0,605) и административной должности (ОШ 0,227; 95%-й ДИ 0,095–0,543) (см. Таблицу 10) приводят к увеличению шансов развития НФА.

Риск возникновения ГХС выше у врачей со стажем профессиональной деятельности более 10 лет (ОШ 1,553; 95%-й ДИ 1,121–2,149). Замечено, что у врачей с категориями выше шанс развития, рассматриваемого ФР (ОШ 0,599; 95%-й ДИ 0,453–0,793). Выявлено, что риск развития ГХС выше у врачей, которые пользуются личным автомобилем (ОШ 0,636; 95%-й ДИ 0,461–0,878) и имеют поощрения в виде благодарственных писем, почетных грамот и т.д. (ОШ 0,592; 95%-й ДИ 0,411–0,853) (см. Таблицу 10).

Риск возникновения, повышенного АД выше, если стаж работы врача превышает 10 лет (ОШ 1,719; 95%-й ДИ 1,287–2,296). Кроме того, врачей, имеющих поощрения в виде благодарственных писем, почетных грамот и т.д., больше риск развития, повышенного АД (ОШ 0,591; 95%-й ДИ 0,430–0,811) (см. Таблицу 10).

Зафиксировано, что шанс возникновения гипергликемии выше у врачей, совмещающих работу в двух и более медицинских организациях (ОШ 4,812; 95%-й ДИ 2,798–8,274).

4.4.2 Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в зависимости от факторов трудовой деятельности у среднего медицинского персонала

В исследовании было также проанализировано влияние трудовой деятельности на развитие ФР ХНИЗ у среднего медицинского персонала (Таблица 11). Обнаружено, что риск нерационального питания выше у медсестер, пользующихся общественным транспортом (ОШ 1,565; 95%-й ДИ 1,199–2,046). Хорошее оснащение рабочего места ведет к развитию нерационального питания (ОШ 0,568; 95%-й ДИ 0,477–0,677). К риску возникновения данного ФР ведет и тот факт, если медсестра или фельдшер занимает более одной ставки в медицинском учреждении (ОШ 1,705; 95%-й ДИ 1,352–2,151).

Доказано, что, если средние медицинские работники проводят менее 24 процедур в день, это способствует развитию у них гиподинамии (ОШ 0,697; 95%-й ДИ 0,590–0,823). Если у медсестры 3 и менее суточных дежурств в месяц, это увеличивает шанс возникновения данного ФР (ОШ 0,773; 95%-й ДИ 0,637–0,938). Также выше риск возникновения гиподинамии у медицинского персонала среднего звена, работающего на одну ставку (ОШ 0,744; 95 % ДИ 0,597–0,927). Шанс развития указанной патологии выше у медсестер, продолжительность рабочего дня которых составляет менее 6 ч (ОШ 0,423; 95%-й ДИ 0,370–0,483).

Замечено, что шанс развития НФА выше у медсестер, пользующихся личным автомобильным транспортом (ОШ 0,705; 95%-й ДИ 0,551–0,901), а также среди среднего медицинского персонала, чье время в пути до работы составляет менее 30 минут (ОШ 0,737; 95%-й ДИ 0,623–0,873) (см. Таблицу 11).

В процессе исследования была выявлена ассоциативная связь между табакокурением и наличием у среднего медработника более трех как ночных (ОШ 1,430; 95%-й ДИ 1,141–1,791), так и суточных дежурств в месяц (ОШ 1,524; 95%-й ДИ 1,199–1,938). Более 24 процедур, проводимых за 1 день, увеличивает риск возникновения данной привычки в два раза (ОШ 2,027; 95%-й ДИ 1,493–2,752). В то же время показано, что у медсестер, работающих более чем на одну ставку, повышен риск возникновения пристрастия к курению табачных изделий (ОШ 0,656; 95%-й ДИ 0,504–0,855). Наличие личного транспорта способствует увеличению риска развития этой пагубной привычки (ОШ 0,624; 95 % ДИ 0,454–0,854). Доказано, что у среднего медицинского персонала, тратящего время на дорогу более 30 минут в день, риск развития этого ФР также увеличивает (ОШ 1,384; 95%-й ДИ 1,112–1,721). Кроме того, было обнаружено, что привычка курить более распространена среди среднего персонала, имеющего медицинский стаж менее 10 лет (ОШ 0,624; 95%-й ДИ 0,491–0,793). Отсутствие поощрений повышает риск возникновения табакокурения (ОШ 1,654; 95%-й ДИ 1,097–2,492). Доказано, что у медицинских сестер, имеющих квалификационную категорию, шанс развития данного ФР выше (ОШ 0,716; 95%-й ДИ 0,575–0,891) (см. Таблицу 11).

Обнаружено, что медсестры и фельдшеры, занимающие более одной ставки в медицинском учреждении, более склонны к регулярному употреблению алкоголя (ОШ 2,415; 95 %-й ДИ 1,652–3,531).

На высокий риск возникновения такого ФР, как ИзбМТ, у медработников среднего звена оказывает значительное влияние наличие менее трех ночных (ОШ 0,671; 95%-й ДИ 0,530–0,850) и суточных дежурств в месяц (ОШ 0,659; 95%-й ДИ 0,511–0,849). Количество выполняемых процедур более 24 в день увеличивает риск возникновения ИзбМТ (ОШ 1,269; 95%-й ДИ 1,018–1,582). Результаты исследования показали, что шанс развития данного ФР выше у

медработников с трудовым стажем менее 10 лет (ОШ 0,438; 95%-й ДИ 0,335–0,575). Кроме того, отмечено, что риск возникновения ИзбМТ выше у медсестер, пользующихся общественным транспортом (ОШ 1,485; 95%-й ДИ 1,046–2,108). Замечено, что наличие поощрений (благодарности, почетные грамоты) (ОШ 0,634; 95%-й ДИ 0,497–0,807) и квалификационной категории (ОШ 0,688; 95%-й ДИ 0,550–0,861) повышает шанс возникновения данного ФР (Таблица 11).

Доказано, что риск возникновения ГХС выше у среднего медперсонала со стажем работы более 10 лет (ОШ 1,662; 95%-й ДИ 1,256–2,199), а также у лиц, имеющих поощрения от начальства (ОШ 0,584; 95%-й ДИ 0,450–0,764).

Стаж работника связан с повышенным АД. Распространенность этого ФР статистически значимо выше у медработников, имеющих профессиональный стаж более 10 лет (ОШ 1,498; 95%-й ДИ 1,177–1,907). Зафиксировано, что наличие личного транспорта увеличивает риск возникновения, повышенного АД (ОШ 0,248; 95%-й ДИ 0,199–0,308). Трата времени на дорогу более 30 минут провоцирует развитие данного ФР (ОШ 1,390; 95%-й ДИ 1,139–1,696). Доказано, что отсутствие перерыва на обед увеличивает риск возникновения, повышенного АД (ОШ 1,304; 95%-й ДИ 1,019–1,669).

Таблица 11 – Влияние факторов трудовой деятельности на возникновение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у средних медицинских работников

Фактор риска ХНИЗ	Фактор трудовой деятельности	ОШ (95%-й ДИ)
1	2	3
Нерациональное питание	Протективные факторы	
	Наличие личного транспорта	1,565 (1,199–2,046)
	Негативные факторы	
	Хорошая оснащенность рабочего места	0,568 (0,477–0,677)
	Общее число занимаемых ставок в медицинском учреждении более одной	1,705 (1,352–2,151)

1	2	3
Гиподинамия	Протективные факторы	
	Наличие более трех суточных дежурств в месяц	0,773 (0,637–0,938)
	Продолжительность рабочего дня более 6 ч в день	0,423 (0,370–0,483)
	Трата времени на дорогу до работы более 30 минут	0,737 (0,623–0,873)
	Общее число занимаемых ставок в медицинском учреждении более одной	0,744 (0,597–0,927)
	Количество пациентов или процедур более 24 в день	0,697 (0,590–0,823)
	Негативные факторы	
	Наличие личного автотранспорта	0,705 (0,551–0,901)
Курение	Протективные факторы	
	Общее число занимаемых ставок в медицинском учреждении более одной	0,656 (0,504–0,855)
	Негативные факторы	
	Наличие более 3 ночных дежурств в месяц	1,430 (1,141–1,791)
	Наличие более 3 суточных дежурств в месяц	1,524 (1,199–1,938)
	Наличие личного транспорта	0,624 (0,454–0,854)
	Стаж работы менее 10 лет	0,624 (0,491–0,793)
	Трата времени на дорогу до работы более 30 минут	1,384 (1,112–1,721)
	Отсутствие поощрений	1,654 (1,097–2,492)
	Наличие квалификации (первая, вторая, высшая)	0,716 (0,575–0,891)
	Количество пациентов или процедур более 24 в день	2,027 (1,493–2,752)

1	2	3
Регулярное употребление алкоголя	Негативные факторы	
	Общее число занимаемых ставок в медицинском учреждении более одной	2,415 (1,652–3,531)
Избыточная масса тела	Протективные факторы	
	Наличие личного транспорта	1,485 (1,046–2,108)
	Негативные факторы	
	Количество пациентов или процедур более 24 в день	1,269 (1,018–1,582)
	Наличие квалификационной категории (первая, вторая, высшая)	0,688 (0,550–0,861)
	Наличие благодарственных писем	0,634 (0,497–0,807)
	Стаж работы менее 10 лет	0,438 (0,335–0,575)
	Наличие менее 3 суточных дежурств в месяц	0,659 (0,511–0,849)
	Наличие менее 3 ночных дежурств в месяц	0,671 (0,530–0,850)
	Наличие квалификационной категории (первая, вторая, высшая)	0,688 (0,550–0,861)
Гиперхолестеринемия	Негативные факторы	
	Стаж работы более 10 лет	1,662 (1,256–2,199)
	Наличие поощрений	0,584 (0,45–0,764)
Повышенное артериальное давление	Негативные факторы	
	Наличие личного транспорта	0,248 (0,199–0,308)
	Стаж работы более 10 лет	1,498 (1,177–1,907)
	Не использование перерыва на обед	1,304 (1,019–1,669)
	Трата времени на дорогу до работы более 30 минут	1,390 (1,139–1,696)

4.6 Профилактические мероприятия по снижению факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у врачей и среднего медицинского персонала

По результатам выполненного исследования был разработан перечень мероприятий по профилактике факторов риска ХНИЗ у врачебного и среднего медицинского персонала. Существенная часть предложенных мероприятий носят организационный характер, что особенно актуально в условиях ограниченного финансирования. Мероприятия стратифицированы по факторам риска (нерациональное питание, гиподинамия, регулярное употребление алкоголя, табакокурение) и уровням реализации (федеральный, региональный, уровень медицинской организации) (Таблица 12).

На ряд факторов трудовой деятельности, ассоциированных с ФР ХНИЗ (наличие личного транспорта, пол, наличие ученого звания, наличие поощрений) невозможно повлиять централизованно, поэтому профилактические мероприятия для них не разрабатывались.

Рассмотрим подробнее каждую группу мероприятий.

Достоверная ассоциация нерационального питания была найдена с такими факторами трудовой деятельности, как наличие административной должности, неудовлетворенность оснащением рабочего места, стаж работы менее 10 лет, отсутствие врачебной квалификации. Можно предположить, что характер административного труда (отсутствие пациентов и, как следствие, возможность перенести решение задач на более позднее время) позволяет уделить достаточное количество времени для приема пищи. Такой фактор, как оснащенность рабочего места, может быть связан, в том числе, с отсутствием в организации обеденных зон, возможности разогреть пищу и т.д.

Задача властей федерального уровня – совершенствовать нормативно-правовую базу с целью создания приемлемых условий для использования перерыва на обед, сделав их обязательными для всех медицинских организаций.

Таблица 12 – Перечень мероприятий по профилактике факторов риска у врачебного и среднего медицинского персонала

Фактор трудовой деятельности	Фактор риска ХНИЗ	Механизм влияния	Уровень реализации		
			Федеральный	Региональный	Уровень медицинской организации
1	2	3	4	5	6
<p>1. Наличие административной должности.</p> <p>2. Использование перерыва на обед.</p> <p>3. Неудовлетворенность оснащением рабочего места</p>	Нерациональное питание	Характер административного труда позволяет с большей вероятностью делать перерывы на обед (нет постоянного потока пациентов, можно сделать работу позже)	Уточнение требований по оборудованию мест для обеда в медицинских организациях	Выборочный мониторинг рабочего графика и условий для хранения и разогрева пищи	Контроль со стороны руководства, асинхронный график приема врачей (кто-то обедает, кто-то работает), анализ причин невозможности прерваться, оснащение мест для принятия пищи. Наличие точки питания с возможностью приобретения свежих овощей и фруктов
<p>1. Стаж работы менее 10 лет.</p> <p>2. Отсутствие врачебной квалификации</p>	Нерациональное питание	Персонал с небольшим стажем с большей долей вероятности безразлично относится к своему здоровью	Введение в учебные программы специалитета и ординатуры лекций на тему «Рациональное питание»	Выборочный мониторинг рабочего графика. Периодический контроль медицинских организаций за соблюдением условий питания медицинских работников	Контроль со стороны руководства за работой врачей, асинхронный график приема врачей (кто-то обедает, кто-то работает), анализ причин невозможности прерваться. Введение в программы наставничества

1	2	3	4	5	6
Наличие квалификационной категории	Гиподинамия	Врачи и средний медицинский персонал, имеющие категорию, старше по возрасту, многие перестают регулярно заниматься физической культурой	Всероссийские спартакиады для врачей, поощрение за сдачу норм ГТО для всех врачей. Целевые программы (создание спортивных секций) для врачей старшего возраста	Региональные спартакиады для врачей, поощрение за сдачу норм ГТО для всех медработников. Целевые программы (создание спортивных секций) для врачей старшего возраста	Локальные спартакиады для врачей, и поощрение за сдачу норм ГТО для всех врачей. Целевые программы (создание спортивных секций) для врачей старшего возраста
1. Наличие более трех суточных дежурств в месяц. 2. Работа в двух и более медицинских учреждениях. 3. Наличие двух и более ставок в медицинской организации		Трудовая перегрузка	Совершенствование законодательства в части ограничения количества допустимых дежурств, совмещения в 1 или разных медицинских организациях	Учет наиболее проблематичных врачебных специальностей при кадровом планировании	Организация мест отдыха на работе, пересмотр графика работы, максимальное обеспечение занятости в одной организации

1	2	3	4	5	6
1. Стаж менее 10 лет. 2. Отсутствие квалификационной категории	Регулярное употребление алкоголя	Персонал с небольшим стажем с большей долей вероятности безразлично относится к своему здоровью	Введение в учебные программы специалитета и ординатуры лекций на тему вреда алкоголя	Горячая психологическая линия для врачей	Отдельное время приема психолога для врачей, развитие наставничества
1. Больше трехсуточных дежурств в месяц 2. Работа на две и более ставки	Табакокурение	Больше работы, больше стресса, сложнее бросить курить	Совершенствование законодательства в части ограничения количества допустимых дежурств и создания условий для их осуществления	Учет наиболее проблематичных медицинских специальностей при кадровом планировании. Горячая психологическая линия для среднего медицинского персонала	Организация мест отдыха на работе, пересмотр графика дежурств. Отдельное время приема психолога для среднего медицинского персонала, развитие наставничества. Поощрение отказа от курения
Менее 10 лет стажа		Персонал с небольшим стажем с большей долей вероятности «халатно» относится к своему здоровью	Введение в учебные программы колледжей лекций на тему вреда алкоголя	Горячая психологическая линия для среднего медицинского персонала	Отдельное время приема психолога для среднего медицинского персонала, развитие наставничества

Также для формирования бережного отношения к своему здоровью предлагается введение обучающих курсов по рациональному питанию для студентов и ординаторов.

Основная функция региональных властей в данной сфере – контроль соблюдения законодательства и организации мест питания. Именно руководство медицинских организаций должно решать насущные вопросы корректного составления графиков работы, организации мест питания, а также осуществлять контроль и анализ этой деятельности.

Достоверная ассоциация гиподинамии была найдена со следующими факторами трудовой деятельности: наличие квалификационной категории, работа в двух и более медицинских учреждениях, наличие двух и более ставок в медицинской организации. Очевидно, что первый фактор связан с возрастом: чем старше человек, тем меньше его двигательная активность. Можно предположить, что характер труда остается одинаковым для разных возрастных групп, а причиной развития, рассматриваемого ФР у медицинских работников является уменьшение количества времени, отводимого ими на занятия физической культурой. Остальные из перечисленных факторов явно обусловлены трудовой перегрузкой, отсутствием времени для физической активности.

Поэтому предлагаемые мероприятия включают два направления:

1) повышение доступности и популяризации спортивных занятий среди сотрудников ЛПУ путем проведения соревнований и поощрений за сдачу различных нормативов;

2) снижение трудовой нагрузки на персонал законодательно на федеральном уровне, совершенствование перспективного кадрового планирования на региональном уровне и пересмотр графиков работы на уровне медицинской организации.

Достоверная ассоциация регулярного употребления алкоголя была выявлена с такими факторами трудовой деятельности, как: стаж работы менее 10 лет, отсутствие квалификационной категории.

Помимо предложения по введению курса лекций о вреде чрезмерного употребления алкоголя, эффективными направлениями деятельности могут стать организация отдельной региональной наркологической горячей линии для сотрудников системы здравоохранения и использование внутренних резервов (профессиональная психологическая поддержка, помощь наставников) в медицинской организации.

Достоверная ассоциация табакокурения была установлена со следующими факторами трудовой деятельности: наличие более трех суточных дежурств в месяц, работа на две и более ставки, профессиональный стаж менее 10, что связано с трудовой перегрузкой персонала и возрастом. В первом случае, вероятно, курение связано с избыточным стрессом, во втором – с безразличным отношением к своему здоровью.

ГЛАВА 5 ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распространенность факторов риска ХНИЗ у медицинских работников является нерешенной социальной проблемой и привлекает внимание ученых во всем мире. Так, по данным поискового сервиса PubMed.gov. (National Center for Biotechnology Information, Национальный центр биотехнологической информации Соединенных Штатов Америки), по данной теме опубликовано около 661 различных научных работ.

При обсуждении этих данных необходимо учитывать три момента: во-первых, за последние пять лет все исследования, посвященные распространенности ФР ХНИЗ среди медицинских работников, были выполнены на ограниченных выборках; во-вторых, в анализируемой литературе авторы в своих исследованиях не принимали во внимание такие факторы, как место проживания и работы медицинского работника; в-третьих, отсутствуют статистически значимые различия между конкретными трудовыми факторами, в особенности у представителей различных врачебных специальностей.

Следует обратить внимание, что работники здравоохранения являются особой категорией населения в контексте распространенности ФР ХНИЗ и структуры заболеваемости. Сложившаяся ситуация может быть объяснена совокупностью различных аспектов. Например, доказано, что работников здравоохранения не уделяют надлежащего внимания состоянию своего здоровья, более половины врачей занимаются самолечением и не состоят на учете у семейного врача [89].

Исходя из этого, анализ отечественных и зарубежных публикаций продемонстрировал отличную от общей популяции распространенность ФР ХНИЗ среди медицинских работников. На Рисунке 5 представлены сравнительные данные о распространенности поведенческих ФР ХНИЗ у врачей и среднего медперсонала г. Томска и Томской области с общепопуляционными данными по РФ [51].

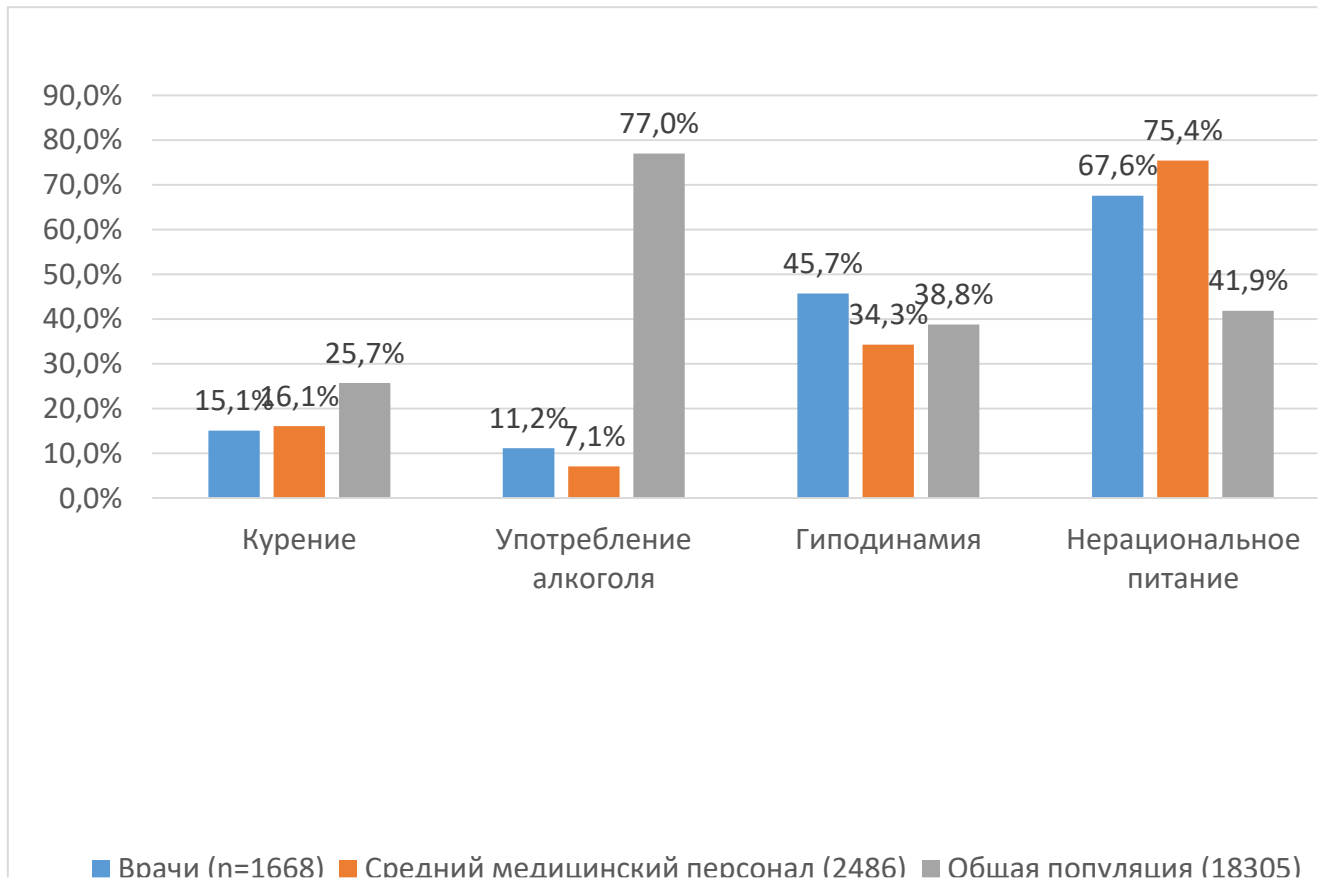


Рисунок 5 – Распространенность поведенческих ФР ХНИЗ у медицинских работников в сравнении с общероссийской популяцией

Очевидно, что распространенность такого ФР, как ИзбМТ, у медицинских работников выше, чем у населения РФ в целом. Распространенность повышенного АД и ГХС, напротив, немного ниже, чем по стране. На Рисунке 6 представлены сведения о распространенности метаболических ФР ХНИЗ среди медицинских работников г. Томска и Томской области в сравнении с общепопуляционными данными по России [51].

Кроме того, результаты эпидемиологических исследований показывают, что факторы риска ХНИЗ имеют тенденцию к прогрессу у медицинских работников, в большей степени, чем в общей популяции. Особенности их профессиональной деятельности влияют на уровень и структуру заболеваемости – у работников здравоохранения преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы [12].

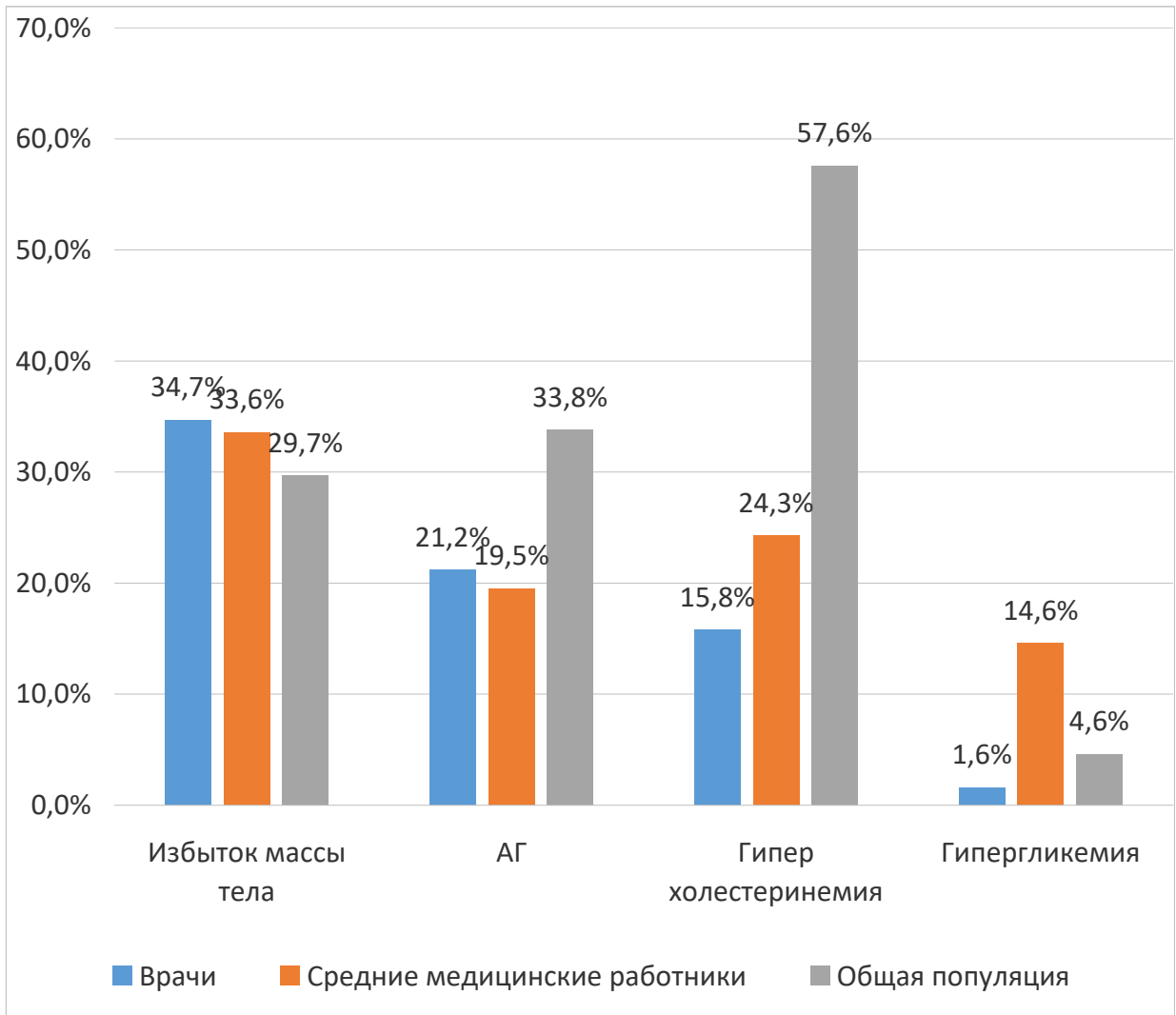


Рисунок 6 – Распространенность метаболических ФР ХНИЗ у медицинских работников в сравнении с общей популяцией

При сравнении результатов мировых исследований по изучаемой тематике с полученными нами данными можно сделать вывод о некоторых сходствах и отличиях в распространенности ФР ХНИЗ. Например, табакокурению подвержен каждый седьмой врач, участвовавший в исследовании, при этом курение более распространено среди врачей-мужчин, чем у их коллег – женщин. Полученные нами данными также согласуются с результатами, представленными другими авторами, о том, что табачная зависимость наблюдается вдвое реже среди женщин-докторов [115]. Вместе с тем, распространенность табакокурения в когорте врачей Томской области выше, чем, например, в Новой Зеландии, врачи которой уже в 2013 г. достигли цели программы «Smokefree 2025» по

минимальной (<5 %) распространенности этого ФР [133]. Подобная картина наблюдается и в европейских странах, например, в Испании курят лишь 16,4% врачей [135]. Тем не менее, достоверно известно, что именно врачи-хирурги больше всех подвержены этой пагубной привычке. По данным А.И. Кислова и Е.В. Волковой (2012), привычка курить наблюдается в 1,5 раза чаще у хирургов, чем у терапевтов ($p < 0,05$) [23].

По итогам проведенного нами исследования, главным негативным фактором, приводящим к пристрастию курить, как у врачей, так и у среднего медицинского персонала, служила продолжительность рабочего дня более 6 ч в день. Результаты нашего исследования согласуются с данными, полученными североамериканскими учеными, которые доказали в исследовании с участием 2014 медицинских работников, что длительность рабочего дня являлась главным профессиональным параметром, приводящим к табакокурению, причем чаще у врачей-женщин [120].

Курение зарегистрировано у каждого шестого среднего медработника Томской области. Подобные результаты демонстрируют и кипрские исследователи, отмечая, что данный ФР регистрируется у 28,1 % медсестер [134]. Вместе с тем, в Иране распространенность этой привычки среди среднего медперсонала имеет тенденцию к снижению: данный ФР зарегистрирован всего у 4,7 % исследуемых [83]. Доказано, что курение провоцируют частые суточные дежурства (ОШ 1,30; 95%-й ДИ 1,19–1,42), что подтверждает результаты исследования С. Ramín и соавт (2015) [100].

В международной практике используются такие опросники, как AUDIT и CAGE, которые, однако, не позволяют в полной мере оценить регулярность употребления алкоголя, хотя данный показатель также является ФР ХНИЗ. Например, опубликованы результаты исследования, в которых показано повышение риска развития инсультов в зависимости от увеличения кратности приема алкоголя, а не общего потребленного его количества [138]. В связи с этим при проведении анкетирования мы использовали вопрос о кратности приема респондентами алкоголя. Наши данные о распространенности употребления

алкоголя не отличаются от результатов авторов из Дании (2016), где этот ФР отмечен у 18,8% работников здравоохранения [66].

Достоверная ассоциация регулярного потребления алкоголя была найдена с такими факторами трудовой деятельности, как профессиональный стаж менее 10 лет и отсутствие квалификационной категории. Немецкими и норвежскими учеными в ходе исследования с участием 2500 работников сферы здравоохранения было выявлено, что в их странах врачи в возрасте от 27 до 44 лет, как правило, мало употребляют алкогольные напитки и, как следствие, имеют низкие показатели опасного употребления алкоголя, и, таким образом, в большинстве своем придерживаются здорового образа жизни [123].

Следует также обратить внимание на тот факт, что нерациональное питание является самым распространенным фактором риска ХНИЗ среди врачей. Зарубежные авторы также демонстрируют результаты, где зафиксированы высокие показатели по данному ФР. Частота встречаемости нерационального питания варьирует от 8% в Индии [65] до 73% в ЮАР [93]. Зарубежными и отечественными учеными исследуются причины развития данного ФР. По результатам проведенного в Томской области исследования, на развитие нерационального питания у врачей достоверно влияют следующие факторы: хирургическая специализация, профессиональный рабочий стаж менее 10 лет, более чем пятидневная рабочая неделя, а также отсутствие поощрений от начальства. По другим данным, к развитию нерационального питания приводят дефицит отведенного на питание времени, а также безразличное отношение к своему здоровью [12]. Исследователи, изучающие данный вопрос, также указывают, что на рабочем месте обычно более доступны быстрые перекусы, которым часто отдается предпочтение.

Такой фактор, как неудовлетворенность рабочим местом, может быть связан в том числе с отсутствием в организации обеденных зон, возможности разогреть пищу и т.д. По результатам анкетирования, проведенного в Китае, основными причинами для появления данного ФР являются более доступные для

употребления в пищу в медицинских учреждениях продукты быстрого питания, сладкие напитки, а не свежие овощи и фрукты [79].

У среднего медицинского персонала, как и у врачей, самым распространенным ФР ХНИЗ явилось нерациональное питание. Авторы зарубежных исследований также зафиксировали высокую частоту этого ФР. Например, в Южной Африке 77 % среднего медицинского персонала недостаточно употребляют свежих фруктов и овощей [93], а в Великобритании данный ФР наблюдается у 76,8 % медсестер и фельдшеров [69]. Аналогичные результаты были получены в исследовании, проведенном учеными из Саудовской Аравии, где медработники подвержены нерациональному питанию из-за большой загруженности, неадекватного времени перерыва и отсутствия здоровой пищи в больнице, что отрицательно сказывается на их работе и качестве жизни [85].

По такому ФР, как низкая физическая активность, полученные нами в исследовании данные имеют отличия от результатов работ зарубежных авторов. Например, проведенный в США опрос показал, что 84,8% практикующих докторов ведут достаточно активный образ жизни и регулярно посвящают свое свободное время физическим нагрузкам [76]. По данным исследователей из Камеруна, лишь 16,9 % врачей не занимаются регулярно спортом или физическими упражнениями [92]. Частота гиподинамии у участников нашего исследования имела более высокий уровень по сравнению с таковым, зарегистрированным у медицинских работников из Пуэрто-Рико (41,35 %), но меньший, чем у их коллег из Нигерии (74,6%) и Ирландии (60,0%), где в качестве основных причин развития НФА были названы утомление и дефицит времени на двигательную активность [67, 91, 94]. Выявлено, что гиподинамия характерна только для врачей хирургов и диагностов. В исследовании, проведенном Д.А. Толмачёвым и соавт. (2017), врачи-диагносты указывали барьеры, препятствующие им вести здоровый образ жизни: малоподвижная сидячая работа и отсутствие свободного времени [59]. Статистически значимая ассоциативная связь гиподинамии была найдена с такими факторами трудовой

деятельности, как: наличие квалификационной категории, три и более суточных дежурства в месяц, наличие двух и более ставок в медицинской организации, а также трудовая деятельность в двух и более лечебных учреждениях. Вероятно, первый из перечисленных факторов связан с возрастом: чем старше человек, тем меньше его двигательная активность. Можно предположить, что характер труда остается одинаковым для разных возрастных групп, а причиной распространения гиподинамии является уменьшения количества медработников, регулярно занимающихся физической культурой.

Остальные факторы явно обусловлены трудовой перегрузкой, отсутствием времени для занятий физической культурой. Врачи из Великобритании отметили, что одним из главных препятствий для ведения здорового образа жизни в половине случаев выступает недостаток свободного времени [64]. Доказано, что врачи-терапевты ведут активный образ жизни. Низкая физическая активность у них регистрируется реже в силу особенностей характера трудовой деятельности участковой работы. Кроме того, данная группа специалистов чаще других дают пациентам рекомендации по повышению уровня физической активности. Исследователи из Эстонии приводят данные о том, что 92% женщин-врачей общих практик сохраняют умеренную и даже высокую физическую активность, и поэтому часто в рекомендациях своим пациентам предписывают вести здоровый образ жизни [106]. В своем исследовании, проведенном с участием 763 медицинских работников, ученые из Калифорнии (США) доказали, что у 21% врачей чрезмерное количество часов работы (более 65 в неделю) является причиной отсутствия свободного времени для физических упражнений [113]. Полученные нами результаты показали, что НФА у среднего медицинского персонала не отличается от таковой, указанной авторами из Саудовской Аравии и Южной Африки, где гиподинамия зафиксирована у 39,8 и 40,0% средних медработников, соответственно [92, 107]. При этом данные исследований, опубликованные учеными из Великобритании, свидетельствуют, что частота НФА у работников сферы здравоохранения в их стране несколько ниже – около 25 % [120].

По результатам проведенного нами исследования, значения метаболических ФР у врачей Томской области не отличаются от показателей зарубежных исследований. Факторами, способствующими развитию ИзбМТ, можно считать: стаж профессиональной деятельности более 10 лет; время, затрачиваемое на дорогу до работы, менее 30 минут; женский пол, хирургическая специальность. Распространенность ИзбМТ у врачей в Томской области сопоставима с таковой в Португалии (34,7 и 38,6% соответственно), а частота встречаемости ГХС соответствует таковой в США (27,3 и 28,0% соответственно) [70, 105]. Исследование, проходившее в Нигерии, показало, что 44,7% врачей имеют ИзбМТ, при этом главными факторами развития данного ФР являются: возраст старше 40 лет ($p = 0,003$), женский пол ($p = 0,007$) [127], что было подтверждено и результатами нашего исследования.

Полученные нами сведения показывают, что у каждого третьего среднего медицинского работника в Томской области зафиксирована избыточная масса тела. Подобные результаты демонстрируют авторы из Мексики, которые сообщают, что 35,6 % из 216 сотрудников медицинских организаций, принявших участие в их исследовании, имеют ИзбМТ, а 31,5 % – ожирение [104]. Португальские ученые также проводили подобное исследование и выяснили, что из 215 средних медработников, принявших в нем участие, 28,4 % имеют ИзбМТ, а 11,6 % страдают ожирением [70].

В итальянском исследовании (339 медработников) было показано, что увеличение массы тела (ОШ 1,93; 95%-й ДИ 1,01–3,71) связано с суточными дежурствами [125], однако эти данные не согласуются с результатами нашего исследования. Кроме того, результаты выполненного нами анкетирования не совпадают с таковыми, полученными североамериканскими учеными. В их когортном исследовании с участием 54724 медсестер оценивались сердечно-сосудистые ФР, связанные с работой в ночную смену. Авторы обнаружили, что вследствие ночных дежурств повышалась вероятность ожирения (ОШ 1,37; 95%-й ДИ 1,31–1,43) и общего потребления калорий (≥ 1715 ккал/сут; ОШ 1,09; 95%-й ДИ 1,04–1,13) [100].

Распространенность повышенного АД, выявленная в нашей работе, не отличается от таковой в подобных зарубежных исследованиях. Например, результаты проведенного в Италии исследования демонстрируют, что повышенное АД имеют 23,3 % кардиологов [72], в то время как в Томской области этот ФР зафиксирован у 21,2 % врачей. Следует отметить, что врачи-хирурги в нашем исследовании отличались наличием метаболических ФР, таких как повышенное АД и ГХС. Аналогичные данные приводят Ж.Д. Кобалава и соавт. (2010) на большой выборке (699 медицинских работников), которые сообщают, что наиболее неблагоприятный профиль сердечно-сосудистого риска выявлен у врачей хирургической специализации по сравнению с их коллегами других профилей [24].

У каждого четвертого среднего медработника, участвовавшего в проведенном нами исследовании, зафиксирована ГХС, и этот показатель в Томской области оказался выше, чем в других регионах. Так, в исследованиях, которые были проведены в США и на Тайване, ГХС зарегистрирована у 15 % и 5 % медсестер соответственно [80, 96].

В нашем исследовании повышенное АД у среднего медперсонала регистрировалось чаще, чем у медработников из Тайваня и Мексики, где данный ФР был выявлен у 6,1 и 4,1% медсестер соответственно [96, 104].

Гипергликемия выявлена всего у 1,6 % врачей, принявших участие в проводимом нами исследовании. Значения этого показателя были несколько выше, чем у их чешских коллег [119]. Следует обратить внимание на тот факт, что примерно 35% врачей не знают свой показатель холестерина в крови, а каждый четвертый – глюкозы. Подобные результаты демонстрируют отечественные авторы, где в исследовании с участием 2347 работников здравоохранения было обнаружено, что уровень холестерина не знают 56,4% врачей-мужчин и 44,7% женщин; не указали свой уровень глюкозы 38,4% и 28,8% соответственно [19].

Гипергликемия у среднего медперсонала Томской области имела место лишь немного чаще, чем у их турецких коллег (20%), при этом на Тайване

распространенность повышенного содержания глюкозы в крови ниже и зарегистрирована всего у 1,2% медсестер [81, 96]. Данные нашего исследования согласуются с результатами анкетирования, проведенного в Иране (410 респондентов), согласно которым распространенность метаболического синдрома у медсестер составила 22,4 %. Ассоциация была обнаружена между повышенным АД и возрастом медицинского работника (стаж), а также наличием сменной работы [82].

ВЫВОДЫ

1. При проведении исследования у врачей установлена более высокая частота таких ФР ХНИЗ, как нерациональное питание (67,6%), гиподинамия (45,7%) и ИзбМТ (34,7), чем в общей популяции. В структуре ФР ХНИЗ у врачей-мужчин курение, избыточная масса тела, повышенное АД и регулярное потребление алкоголя более распространены, чем у врачей-женщин.

2. Структура поведенческих и метаболических ФР ХНИЗ разнородна в зависимости от врачебной специализации. Статистически значимые различия выявлены в большей степени у врачей-хирургов, у которых распространены почти все ФР ХНИЗ, за исключением гипергликемии, по сравнению с представителями других врачебных специальностей.

3. Среди среднего медицинского персонала выявлена высокая распространенность таких ФР ХНИЗ, как нерациональное питание (75,4%) и ИзбМТ (33,6%). При этом регистрировалась сравнительно низкая частота курения (16,1%) и гиподинамии (34,3%).

4. Выявлены основные трудовые факторы, ассоциируемые с ФР ХНИЗ: плохая оснащенность рабочего места, продолжительность рабочего дня более 6 ч (нерациональное питание), наличие квалификационной категории (гиподинамия), наличие более трех суточных дежурств в месяц и продолжительность рабочего дня более 6 ч (курение), общее число занимаемых ставок в медицинском учреждении более одной (регулярное потребление алкоголя), время в пути до рабочего места менее 30 минут (ИзбМТ), профессиональный стаж работы более 10 лет (ГХС), работа в двух и более медицинских учреждениях (гипергликемия).

5. Разработан перечень профилактических рекомендаций, учитывающий производственную нагрузку, который может реализоваться на федеральном и региональном уровнях, а также на уровне медицинского учреждения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При проведении профилактических осмотров и диспансеризации медицинских работников необходимо внедрять в медицинские информационные системы стандартизированные карты диспансерного пациента. Следует вести учет медицинских работников, которые находятся в группах риска развития ХНИЗ.
2. Для профилактики поведенческих и метаболических факторов риска ХНИЗ рекомендуется своевременное проведение превентивных мероприятий, в том числе с медицинской коррекцией и психологической поддержкой (кабинеты отказа от курения, школа правильного питания, контроль за избыточной массой тела и т.д.).
3. Профилактическое консультирование должно быть персонифицированным и учитывать такие трудовые факторы, как: место проживания, пол, возраст, образование и специализацию медицинского работника.
4. Организовать и осуществлять регулярный контроль столовых и буфетов в медицинских организациях с большим выбором блюд и их маркированием с учетом принципов рационального питания.
5. По возможности организовать в медицинских учреждениях тренажерные залы, спортивные комплексы, с учетом физиологических особенностей медицинских работников (пол, возраст, наличие избыточной массы тела и т.д.).
6. Разработать и внедрить в медицинские организации цифровые технологии, направленные на повышение информированности и приверженности сотрудников к здоровому образу жизни.
7. В программы периодического обучения медицинского персонала рекомендуется внедрять дополнительные образовательные программы и модули по профилактике ФР ХНИЗ.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГ – артериальная гипертензия
- АД – артериальное давление
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ДАД – диастолическое артериальное давление
- ГХС – гиперхолестеринемия
- ИзбМТ – избыточная масса тела
- ИМТ – индекс массы тела
- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- НФА – низкая физическая активность
- ОШ – отношение шансов
- РФ – Российская Федерация
- САД – систолическое артериальное давление
- СД – сахарный диабет
- ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
- ФА – физическая активность
- ФР – факторы риска
- ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания
- AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test
- CINDI – Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева, Р.И. Холестерин и атеросклероз / Р.И. Алексеева. – Текст : непосредственный // Вопросы питания. – 1998. – №3. – С. 44–45.
2. Аметов, А.С. Сахарный диабет – независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний / А.С. Аметов, Н.К. Кулиджанян. – Текст : непосредственный // Терапевтический архив. – 2012. – Том 84, №8. – С. 91–94.
3. Ахвердиева, М.К. Эпидемиология факторов риска хронических неинфекционных заболеваний: фокус на здоровье врачей / М.К. Ахвердиева, В.П. Терентьев, Н.В. Дроботя. – Текст : электронный // Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». – 2010. – Том 12, №3. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21677320> (дата обращения: 28.05.2020).
4. Баланова, Ю.А. Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне : методические рекомендации // Ю.А. Баланова, А.Э. Имаева, А.В. Концевая и др.; под ред. С.А. Бойцова. – Москва, 2016. – 111 с. – Текст : непосредственный.
5. Белялов, Ф.И. Алкоголь и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Ф.И. Белялов. – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2004. – Том 44, №4. – С. 78–82.
6. Биологический фактор условий труда в лечебных учреждениях и его влияние на состояние здоровья медицинских работников / Л.П. Зуева, Е.С. Трегубова, Е.Н. Колосовская, Н.А. Петрова. – Текст : непосредственный // Медицина труда и промышленная экология. – 1998. – № 5. – С. 37–41.
7. Бойцов, С.А. Структура факторов сердечно-сосудистого риска и качество мер их профилактики в первичном звене здравоохранения в России и в Европейских странах (по результатам исследования EURICA) / С.А. Бойцов. – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – Том 1, № 11. – С. 11–16.

8. Герасименко, Н.Ф. Здоровье или табак: цифры и факты / Н.Ф. Герасименко, Д.Г. Заридзе, Г.М. Сахарова. – Москва: УП Принт, 2007. – 80 с. – ISBN. – Текст непосредственный.
9. Говорин, Н.В. Алкогольные и невротические расстройства среди врачей. Данные клинико-эпидемиологического исследования / Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова, А.В. Сахаров. – Текст : непосредственный // Российский медицинский журнал. – 2013. – №4. – С. 29–32.
10. Горблянский, Ю.Ю. Актуальные вопросы профессиональной заболеваемости медицинских работников / Ю.Ю. Горблянский. – Текст : непосредственный // Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – № 1. – С. 8–12.
11. Грацианский, Н.А. Еще одно подтверждение важности устранения пассивного курения. Уменьшение частоты возникновения инфаркта миокарда, связанное с общегородским постановлением о курении, содержащим запрет на курение в общественных местах / Н.А. Грацианский. – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2007. – Т. 47, №1. – С. 73.
12. Гурьянов, М.С. Образ и условия жизни медицинских работников / М.С. Гурьянов. – Текст : непосредственный // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2009. – №4. – С. 507–510.
13. Данилина, Т.Ф. Влияние гигиенических и эргономических аспектов труда на здоровье врача-стоматолога / Т.Ф. Данилина, Л.П. Сливина, Л.А. Даллакян, Т.В. Колесова. – Текст : непосредственный // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Том 18, №1. – С. 234–236.
14. Джахангиров, Т.Ш. Сахарный диабет как проблема современной кардиологии / Т.Ш. Джахангиров. – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2005. – Том 45, №10. – С. 55–61.
15. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 г. : резюме / Всемирная организация здравоохранения. – 2014. – URL: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/ru> (дата обращения: 28.05.2020).

16. Дроздова, Л.Ю. Одновременная оценка распространенности и эффективности коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди врачей и их знания современных клинических рекомендаций. Результаты проекта «Здоровье и образование врача» / Л.Ю. Дроздова, С.Ю. Марцевич, В.П. Воронина. – Текст : непосредственный // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Том 7, №2. – С. 137–144.

17. Дубель, Е.В. Оценка поведенческих факторов риска медицинских работников многопрофильного стационара / Е.В. Дубель, Т.Н. Унгурияну. – Текст : непосредственный // Анализ риска здоровью. – 2016. – № 2 (14). – С. 60–65.

18. Дьяченко, В.Г. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса / В.Г. Дьяченко, Т.А. Костакова, И.В. Пчелина. – Хабаровск, 2012. – С. 282–320. – ISBN 978-5-85797-275-5. – Текст : непосредственный

19. Здоровье российских врачей. Клинико-эпидемиологический анализ / С.А. Шальнова, Р.Г. Оганов, А.Д. Деев, С.К. Кукушкин. – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Том 7, №6. – С. 28–32.

20. Инарокова, А.М. Особенности современной диагностики и эффективной помощи населению Кабардино-Балкарской Республики с высоким риском возникновения острого коронарного синдрома / А.М. Инарокова, З.С. Батыров, И.Л. Семенова и др. – Текст : непосредственный // Science of Europe. – 2018. – №31–1 (31). – С. 3–6.

21. Ипатов, П.В. Вопросы здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Аналитический обзор и предложения по внесению изменений и дополнений / П.В. Ипатов, Е.А. Поддубская, С.А. Бойцов. Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2016. – Т. 19, №5. – С. 10–15.

22. Кардиология : национальное руководство / под ред. Е.В. Шляхто ; Российское кардиологическое общество. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-медиа, 2019. – 796 с. – ISBN 978-5-9704-4810-6.

23. Кислов, А.И. Особенности распространенности и клиники табакокурения среди врачей терапевтического и хирургического профилей / А.И. Кислов, Е.В. Волкова. – Текст : непосредственный // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – №1. – С. 130–137.

24. Кобалава, Ж.Д. Сердечно-сосудистый риск у врачей разных специальностей. Результаты Российской многоцентровой научно-образовательной программы «Здоровье врачей России» / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, С.А. Шальнова. – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – Том 9, №4. – С. 12–24.

25. Кривошапкин, В.Г. Оценка состояния здоровья населения г. Якутска по программе CINDI / В.Г. Кривошапкин, Т.М. Климова. – Текст : непосредственный // Наука и образование. – 2006. – №2. – С. 107–111.

26. Курение, стресс в семье и на рабочем месте: эпидемиологическое исследование / В.В. Гафаров, Д.В. Денисова, Е.А. Громова [и др.]. – Текст : непосредственный // Мир науки, культуры, образования. – 2013. – Том 38, №1. – С. 250–252.

27. Курение – основная причина высокой смертности россиян / Д.Г. Заридзе, Р.С. Карпов, С.М. Киселев [и др.]. – Текст : непосредственный // Вестник РАМН. – 2002. – №9. – С. 40–45.

28. Левина, Т.В. Состояние сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем у медицинских работников в зависимости от статуса курения / Т.В. Левина, А.А. Дзизинский. – Текст : непосредственный // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Том 105, № 6. – С. 43–46.

29. Левшин, В.Ф. Курение среди врачей и их готовность к оказанию помощи пациентам в отказе от курения / В.Ф. Левшин, Н.И. Слепченко. – Текст : электронный // Русский медицинский журнал. 2009. – № 14. – ISSN. – URL: https://www.rmj.ru/articles/aktualnaya_tema (дата обращения: 28.05.2020).

30. Максимова, Т.М. Распространенность поведенческих факторов риска и болезней системы кровообращения / Т.М. Максимова, В.Б. Белов,

Н.П. Лушкина. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – №1. – С. 3–7.

31. Маркетинг медицинских профилактических услуг в территориальной поликлинике крупного города / А.М. Калинина, И.Н. Шатерникова, Р.А. Еганян [и др.]. – Текст : непосредственный // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – Том 8, №2. – С. 3–8.

32. Марцевич, С.Ю. Здоровье и образование врача: две составляющие успеха / С.Ю. Марцевич, Л.Ю. Дроздова, В.П. Воронина. – Текст : непосредственный // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – Том 6, №1. – С. 73–76.

33. Мировая статистика здравоохранения, 2013 г. / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2014. – Текст : электронный URL: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/ru (дата обращения: 28.05.2020).

34. Мухин, Н.А. Кардиоренальные соотношения и риск сердечно-сосудистых заболеваний / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев. – Текст непосредственный // Вестник РАМН. – 2003. – № 11. – С. 50–55.

35. Навроцкий, А.Н. Здоровье медицинских работников многопрофильного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). – Текст – непосредственный / А.Н. Навроцкий // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2005. – №7. – С. 96–97.

36. Нефрология : национальное руководство / под ред. Н.А. Мухина. – Москва : ГЭОТАР-медиа, 2009. – 720 с. – ISBN 978-5-97041174-2. – Текст : непосредственный.

37. Никитина, Н.М. Определение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных ревматоидным артритом / Н.М. Никитина, А.П. Ребров – Текст : непосредственный // Терапевтический архив. – 2009. – Т.81, №6. – С. 29–34.

38. Оганов, Р.Г. Несбывшиеся надежды и парадоксы профилактической кардиологии / Р.Г. Оганов. – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – №7. – С. 4–9.

39. Оганов, Р.Г. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова. – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2009. – №6. – С. 3–7.

40. Опыт и перспективы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в рамках интегрированной программы профилактики (CINDI) в России / Р.А. Потемкина, Н.В. Вартапетова, Т.В. Камардина, И.М. Соловьева. – Текст : непосредственный // Кардиология. – 1996. – №3. – С. 35–38.

41. Особенности питания как фактор риска неинфекционных заболеваний в российской и эстонской популяциях / А.В. Орлов, О.П. Ротарь, Е.В. Могучая [и др.]. – Текст : электронный // Трансляционная медицина. – 2014. – № 1. – ISSN 2410-5155/ – URL: <https://doi.org/10.18705/2311-4495-2014-0-1-82-91> (дата обращения: 28.05.2020).

42. Особенности сердечно-сосудистых заболеваний и их лечения у женщин / С.Н. Терещенко, Н.А. Джаиани, Т.М. Ускач, И.В. Косицына – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2005. – Том 45, №1. – С. 98–104.

43. Оценка питания медицинских работников Тверской области по результатам анкетирования / Д.Ю. Белик, Е.А. Тиунова, Н.П. Кириленко, А.В. Соловьева. – Текст : непосредственный // Тверской медицинский журнал. – 2016. – №2. – С. 33–35.

44. Оценка состояния здоровья медицинских работников, их знаний и мотивации в области первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в условиях муниципальной больницы Новосибирска / А.А. Николаева, К.Ю. Николаев, Э.А. Отева [и др.]. – Текст : непосредственный // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2006. – №5. – С. 12–16.

45. Погосова, Г.В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка / Г.В. Погосова. – Текст : непосредственный. – Кардиология. – 2007. Том 47, №2. – С. 65–72.

46. Погосова, Г.В. Улучшение приверженности лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения

сердечно-сосудистой смертности / Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, А.Н. Рославцева. – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2007. – Том 47, №3. – С. 79–84.

47. Позднякова, М.А. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди жителей Нижегородской области по данным эпидемиологического мониторинга / М.А. Позднякова, С.О. Семисынов, А.А. Коновалов. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – №24 (1). – С. 3–6.

48. Приказ Минздрава России от 13.03.2019 N 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»: (ред. от 02.09.2019) / КонсультантПлюс : сайт. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_323471 (дата обращения: 28.05.2020).

49. Профилактические программы: руководство по планированию, реализации и оценке / П. Аарва, А.М. Калинина, Л.И. Костович, Л.Е. Сырцова. – Москва: Полиграфист, 2000. – 140 с. – ISBN 5-87913-026-6. – Текст : непосредственный.

50. Пульмонология : клинические рекомендации / под ред. А.Г. Чучалина. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва, 2011. – 336 с. – ISBN 978-5-9704-0752-3. – Текст : непосредственный.

51. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ / Г.А. Муромцева, А.В. Концевая, В.В. Константинов [и др.]. – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, №6. – С. 4–11.

52. Распространенность факторов, формирующих суммарный кардиоваскулярный риск среди медицинских работников первичного звена здравоохранения / Н.С. Карамнова, А.М. Калинина, Ц.А. Григорян [и др.]. – Текст непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – №6. – С. 54–58.

53. Роль профилактических мероприятий в укреплении здоровья населения России / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, Ю.Г. Трегубов, Т.В. Голикова. – Текст непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – №4. – С. 3–7.

54. Российский статистический ежегодник : стат. сб. / Гос. ком. Рос. Федерации по статистике (Госкомстат России). – Москва, 2013. – 717 с. – ISBN: 978-5-89476-368-2. – Текст : непосредственный

55. Саввина, Н.В. Основные направления профилактики распространенности рискованного и опасного потребления алкоголя среди медицинских работников / Н.В. Саввина, Г.И. Григорьев, Н.Ю. Туласынова. – Текст : непосредственный // Якутский медицинский журнал. – 2013. – №3. – С. 68–71.

56. Стародубов, В.И. Основные направления в развитии медицинской профилактики / В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, Л.А. Сковердяк. – Текст непосредственный // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – Том 10, №2. – С. 3–5.

57. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Томской области. Численность медицинских работников. http://tmsk.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/tmsk/resources/e04249004d77b9aa9665ff344d6b6963/%D0%A7%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85+%D1%80%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%82%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2.pdf.

58. Тищенко, П.Д. Социальная философия доверия и медицина / П.Д. Тищенко. – Текст : непосредственный // Независимый психиатрический журнал. – 2000. – №4. – С. 18–21.

59. Толмачев, Д.А. Характеристика образа жизни и условий труда врачей функциональной диагностики / Д.А. Толмачев, П.Г. Сысоев, А.В. Лебедев. – Текст : непосредственный // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – № 9–2. – С. 40–42.

60. Файтельсон-Левина, Т.В. Распространенность табакокурения среди медицинских работников Иркутской области / Т.В. Файтельсон-Левина, А.А. Дзизинский, Ю.Н. Краснова. – Текст непосредственный // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – №8. – С. 32–35.

61. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz [et al.]. – Текст непосредственный // Blood Pressure. – 2013. – Vol. 22, No. 4. – P. 2159–2219.

62. 21st century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States / P. Jha, Ch. Ramasundarahettige, V. Landsman [et al.] – Текст : непосредственный // N. Engl. J. Med. – 2013. – Vol. 368, No. 4. – P. 341–350.

63. A Cross-sectional Study on the Prevalence of Physical Activity Among Primary Health Care Physicians in Aljouf Region of Saudi Arabia / A.H. Bandy, F.A. Want, F.F. Alris [et al.]. – Текст : непосредственный // Mater. Sociomed. – 2015. – Vol. 27, No. 4. – P. 263–266.

64. A cross-sectional survey of cardiovascular health and lifestyle habits of hospital staff in the UK: Do we look after ourselves? / T.K. Mittal, C.L. Cleghorn, J.E. Cade [et al.]. – Текст : непосредственный // Eur. J. Prev. Cardiol. – 2018. – Vol. 25, No. 5. – P. 543–550.

65. A Survey on Physical Activity and Non-Communicable Disease Risk Factors among Physicians in Tertiary Care Hospitals, Mangalore / H.K. Gandhi V. Vaishali, K. Prem [et al.]. – Текст : непосредственный // Nat. J. Commun. Med. – 2012. – Vol. 3, No. 1. – P. 7–13.

66. Alcohol and drug use among Danish physicians. A nationwide cross-sectional study in 2014 / J.K. Sørensen, A.F. Pedersen, N.H. Bruun [et al.]. – Текст : непосредственный // Dan. Med. J. – 2015. – Vol. 62, No. 9. – P. A5132.

67. Ambakederemo, T.E. Assessment of some traditional cardiovascular risk factors in medical doctors in southern Nigeria / T.E. Ambakederemo, E.U. Chikezie. – Текст : непосредственный // Vasc. Health Risk Manag. – 2018. – Vol. 14. – P. 299–309.

68. Assessment of alcohol use in health professionals during the economic crisis / M. Saridi, A. Karra, M. Kourakos, K. Souliotis. – Текст : непосредственный // Br. J. Nurs. – 2016. – Vol. 25, No. 7. – P. 396–398.

69. Blake, H. ‘Do as I say, but not as I do’: Are next generation nurses role models for health? / H. Blake, S. Malik, P.K. Mo. – Текст : непосредственный // Perspect. Public. Health. – 2011. – Vol. 131, No. 5. – P. 231–239.

70. Body Mass Index assessment of health care professionals in a primary care setting in Portugal: a cross sectional study / I. Campos-Matos, A. Peralta-Santos, B. Gomes [et al.]. – Текст : непосредственный // Acta Med. Port. – 2014. – Vol. 27, No. 5. – P. 609–614.

71. Campbell, S. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents / S. Campbell, D. Delva. – Текст : непосредственный // Can. Fam. Physician. – 2003. – Vol. 49. – P. 1121–1127.

72. Cardiovascular risk profile and lifestyle habits in a cohort of Italian cardiologists. Results of the SOCRATES survey / P. Faggiano, P.L. Temporelli, G. Zito [et al.]. – Текст : непосредственный // Monaldi. Arch. Chest. Dis. – 2013. – Vol. 80, No. 3. – P. 118–125.

73. Casals Peidró, E. Prevalence of smoking among dentists in Catalonia, Spain (2006). Literature review of smoking cessation practices in the dental office / E. Casals Peidró, S. Otero Romero, E. Cuenca Sala. – Текст : непосредственный // Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal. – 2008. – Vol. 13, No. 10. – P. E671–E677.

74. Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners [Text]. – Last updated: January 2011. – URL: <http://www.who.int/gho/countries/rus.pdf?ua=1>; дата последнего обновления: 28/07/2015 (дата обращения: 28.05.2020).

75. Deaths from alcohol and violence in Moscow: socio-economic determinants / L. Chenet, D. Leon, M. McKee, S. Vassin. – Текст : непосредственный // Eur. J. Popul. – 1998. – Vol. 14, No. 1. – P. 19–37.

76. Determining levels of physical activity in attending physicians, resident and fellow physicians and medical students in the USA / F.C. Stanford, M.W. Durkin,

S.N. Blair [et al.]. – Текст : непосредственный // Br. J. Sports Med. – 2012. – Vol. 46, No. 5. – P. 360–364.

77. Diet, exercise and mental-wellbeing of healthcare professionals (doctors, dentists and nurses) in Pakistan / W. Ahmad, F. Taggart, M.S. Shafique [et al.]. – Текст : непосредственный // Peer J. – 2015. – Vol. 3. – P. e1250.

78. Dyslipidemia and associated risk factors in a resettlement colony of Delhi / U. Sharma, J. Kishore, A. Garg [et al.]. – Текст : непосредственный // J. Clin. Lipidol. – 2013. – Vol. 7, No. 6. – P. 653–660.

79. Factors associated with skipping breakfast among Inner Mongolia Medical students in China / J. Sun, H. Yi, Z. Liu [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC Public. Health. – 2013. – Vol. 13, No. 1. – P. 42.

80. Fair, J.M. Cardiovascular risk factors and lifestyle habits among preventive cardiovascular nurses / J.M. Fair, M. Gulanick, L.T. Braun. – Текст : непосредственный // J. Cardiovasc. Nurs. – 2009. – Vol. 24, No. 4. – P. 277–286.

81. Frequency of abdominal obesity and metabolic syndrome in healthcare workers and their awareness levels about these entities / A. Oğuz, G. Sağun, M. Uzunlulu [et al.]. – Текст : непосредственный // Turk. Kardiyol. Dern. Ars. – 2008. – Vol. 36, No. 5. – P. 302–309.

82. Frequency of metabolic syndrome and its associated factors in health care workers / E. Niazi, M. Saraei, O. Aminian, N. Izadi. – Текст : непосредственный // Diabetes Metab. Syndr. – 2019. – Vol. 13, No. 1. – P. 338–342.

83. Frequency of Smoking and Specialized Awareness among Doctors and Nurses of Hospitals in Kerman, Iran / H. Hoseainrezaee, S. Khodabandeh, A. Kheradmand, M. Pilehvarzadeh. – Текст : непосредственный // Addict. Health. – 2013. – Vol. 5, No. 1–2. – P. 51–56.

84. GHO, Probability of dying from any of the four main NCDs among 30–70-year old in 2016 / WHO. – 2017. – URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-1?lang=en> (дата обращения: 28.04.2020).

85. Hazmi Al, T.M. Eating Habits among Healthcare Providers during Working Hours at National Guard Health Affairs-Riyadh, Saudi Arabia / T.M. Al

Hazmi, A. Alghamdi, I. Abdulmajeed. – Текст : непосредственный // *Int. J. Med. Res. Health Sci.* – 2018. – Vol. 7, No. 9. – P. 1–14.

86. Health care workers smoke as well – who, how much and why / D. Pesut, B. Milovanovic, M. Bulajic, D. Bozic. – Текст : непосредственный // *Pneumologia.* – 2010. – Vol. 59, No. 1. – P. 19–22.

87. High levels of physical inactivity amongst dental professionals: a questionnaire based cross sectional study / S. Thakar, K. Shivlingesh, K. Jayaprakash [et al.]. – Текст : непосредственный // *J. Clin. Diagn. Res.* – 2015. – Vol. 9, N 1. – P. ZC43–ZC46.

88. Ignarro, L.J. Nitric oxide in the regulation of vascular function: an historical overview: Visiting Professorial Lecture / L.J. Ignarro, W. Lun. – Текст : непосредственный // *J. Card. Surg.* – 2002. – Vol. 17, No. 4. – P. 301–306.

89. Illness behaviour of general practitioners – a cross-sectional survey / S. Schulz, F. Einsle, N. Schneider [et al.]. – Текст : непосредственный // *Occup. Med. (Lond).* – 2017. – Vol. 67, No. 1. – P. 33–37.

90. Kay, M. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience / M. Kay, A. Clavarino, J. Doust. – Текст : непосредственный // *Br. J. Gen. Pract.* – 2008. – Vol. 58, No. 552. – P. 501–508.

91. Keohane, D.M. Physical activity levels and perceived barriers to exercise participation in Irish General Practitioners and General Practice trainees / D.M. Keohane, N.A. Mulligan, B. Daly. – Текст : непосредственный // *Ir. Med. J.* – 2018. – Vol. 111, No. 2. – P. 690.

92. Kunene, S.H. Level of physical activity of health professionals in a district hospital in KwaZulu-Natal, South Africa / S.H. Kunene, N.P. Taukobong. – Текст : непосредственный // *S. Afr. J. Physiother.* – 2015. – Vol. 71, No. 1. – P. 234.

93. Kunene, S.H. Dietary habits among health professionals working in a district hospital in KwaZulu-Natal, South Africa / S.H. Kunene, N.P. Taukobong. – Текст : непосредственный // *Afr. J. Prim. Health Care Fam. Med.* – 2017. – Vol. 9, No. 1. – P. e1–e5.

94. Level of Physical Activity and Knowledge about the Physical Activity Guidelines in a Group of Medical Residents from Puerto Rico / R. Gago, H.M. Guiot, Y.Z. Vázquez-Pérez [et al.]. – Текст : непосредственный // P.R. Health Sci. J. – 2019. – Vol. 38, No. 4. – P. 226–230.
95. Lifestyles of primary care physicians: perception and implications on cardiovascular prevention / M. Fonseca, G. Fleitas, G. Tamborero [et al.]. – Текст : непосредственный // Semergen. – 2013. – Vol. 39, No. 8. – P. 421–432.
96. Lin, C.M. Prevalence of cardiovascular risk factors in Taiwanese healthcare workers / C.M. Lin, C.Y. Li. – Текст : непосредственный // Ind. Health. – 2009. – Vol. 47, No. 4. – P. 411–418.
97. n-3 fatty acids and cardiovascular outcomes in patients with dysglycemia / J. Bosch, H.C. Gerstein, G.R. Dagenais [et al.]. – Текст : непосредственный. – Текст : непосредственный // N. Engl. J. Med. – 2012. – Vol. 367, No. 4. – P. 309–318.
98. Németh, A. Health behaviour of doctors / A. Németh. – Текст : непосредственный // Orv. Hetil. – 2016. – Vol. 157, No. 30. – P. 1198–1206.
99. Newsletter of WHO No. 355 "Noninfectious diseases" 2015. Geneva : WHO 2015. Russian (Информационный бюллетень ВОЗ № 355 «Неинфекционные заболевания» 2015.Женева : ВОЗ 2015).
100. Night shift work at specific age ranges and chronic disease risk factors / C. Ramin, E.E. Devore, W. Wang [et al.]. – Текст : непосредственный // Occup. Environ Med. – 2015. – Vol. 72, No. 2. – P. 100–107.
101. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017, 2018 [Electronic resource] / WHO // – URL: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en> (дата обращения: 28.05.2020).
102. Nurses' health behaviours and physical activity-related health-promotion practices / S. Bakhshi, F. Sun, T. Murrells, A. While // Br. J. Community Nurs. – 2015. – Vol. 20, No. 6. – P. 289–296.
103. Obesity among health service providers in Nigeria: danger to long term health worker retention? / S.O. Iwuala, O.O. Ayankogbe, F.A. Olatona [et al.]. – Текст : электронный // Pan. Afr. Med. J. – 2015. – Vol. 22. – ISSN: 1937-8688. –

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4643157> (дата обращения: 28.05.2020).

104. Overweighth, obesity, metabolic syndrome and waist/height index in health staff / M. del Pilar Cruz-Domínguez, F. González-Márquez, E.A. Ayala-López [et al.]. – Текст : непосредственный // *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* – 2015. – Vol. 53, Suppl. 1. – P. S36–S41.

105. Personal health habits of American cardiologists / H. Abuissa, C. Lavie, J. Spertus, J. O'Keefe. – Текст : непосредственный // *Am. J. Cardiol.* – 2006. – Vol. 97, No. 7. – P. 1093–1096.

106. Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: a cross-sectional study / К. Suija, U. Pechter, J. Maaros [et al.]. – Текст : непосредственный // *BMC Fam Pract.* – 2010. – Vol. 11. – P. 48.

107. Prevalence and predictors of physical exercise among nurses. A cross-sectional study / M.A. Al-Tannir, S.Y. Kobrosly, N.K. Elbakri, A.K. Abu-Shaheen. – Текст : непосредственный // *Saudi. Med. J.* – 2017. – Vol. 38, No.2. – P. 209–212.

108. Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons / M.R. Oreskovich, K.L. Kaups, C.M. Balch [et al.]. – Текст : непосредственный // *Arch. Surg.* – 2012. – Vol. 147, No. 2. – P. 168–174.

109. Prevalence of chronic diseases among physicians in Taiwan: a population-based cross-sectional study / L.T. Kao, Y.L. Chiu, H.C. Lin [et al.]. – Текст : электронный // *BMJ Open.* – 2016. – Vol. 6, No. 3. – ISSN 2044-6055. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4785281> (дата обращения: 28.05.2020).

110. Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health / R.H. Sansores, J. Villalba-Caloca, L. Herrera-Kiengelher [et al.]. – Текст : непосредственный // *Salud. Publica Mex.* – 1999. – Vol. 41, No. 5. – P. 381–388.

111. Prevalence of coronary risk factors among Indian physicians / A. Gupta, R. Gupta, B. Lal [et al.]/ – Текст : непосредственный // *J. Assoc. Physicians India.* – 2001. – Vol. 49. – P. 1148–1152.

112. Prevalence of tobacco smoking among health-care physicians in Bahrain / S.M. Borgan, G. Jassim, Z.A. Marhoon [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC Public Health. – 2014. – Vol. 14, No. 1. – P. 931.
113. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians / M. Bazargan, M. Makar, S. Bazargan-Hejazi [et al.]. – Текст : непосредственный // Academic. Psychiatry. – 2009. – Vol. 33, No. 4. – P. 289–295.
114. Quitting smoking among adults--United States, 2001–2010 / Centers for Disease Control and Prevention (CDC) // MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. – 2011. – Vol. 60, N 44. – P. 1513–1519.
115. Raag, M. Cigarette smoking and smoking-attributable diseases among Estonian physicians: a cross-sectional study / M. Raag, K. Pärna. – Текст : непосредственный // BMC Public Health. – 2018. – Vol. 18, No. 1. – P. 194.
116. Rationale and methods of the European study on cardiovascular risk prevention and management in daily practice (EURIKA) / F. Rodriguez-Artalejo, E. Guallar, C. Borghi [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC Public. Health. – 2010. – Vol. 10, No. 1. – P. 382–390.
117. Reckelhoff, J.F. Hypertension in women / J.F. Reckelhoff, M. Wofford. – Текст : непосредственный // Women and Health / Eds. M.B. Goldman, R. Troisi, K.M. Rexrode. – 2nd ed. – San Diego : Academic Press, 2013. – P. 1069–1079.
118. Reshidi Al, F.S. Level of Physical Activity of Physicians Among Residency Training Program At Prince Sultan Military Medical City, Riyadh, KSA 2014 / F.S. Al Reshidi. – Текст : непосредственный // Int. J. Health Sci. (Qassim). – 2016. – Vol. 10, No. 1. – P. 39–47.
119. Risk factors for cardiovascular diseases in physicians / M. Nakládlová, E. Sovová, K. Ivanová [et al.]. – Текст : непосредственный // Biomed. Pap. Med. Fac. Univ. Palacky. Olomouc. Czech. Repub. – 2005. – Vol. 149, No. 2. – P. 293–295.
120. Risk factors of smoking among health care professionals / S. Shahbazi, A.A. Arif, S.G. Portwood [et al.]. – Текст : непосредственный // J. Prim. Care Community Health. – 2014. – Vol. 5, No. 4. – P. 228–233.

121. Risky alcohol use in Danish physicians: Associated with alexithymia and burnout? / A.F. Pedersen, J.K. Sørensen, N.H. Bruun [et al.]. – Текст : непосредственный // *Drug. Alcohol. Depend.* – 2016. – Vol. 160. – P. 119–126.

122. Rosta, J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany / J. Rosta. – Текст : непосредственный // *Alcohol. Alcohol.* – 2008. – Vol. 43, No. 2. – P. 198–203.

123. Rosta, J. Age differences in alcohol drinking patterns among Norwegian and German hospital doctors – a study based on national samples / J. Rosta, O.G. Aasland. – Текст : электронный // *Ger. Med. Sci.* – 2010. – Vol. 8. – ISSN 1612-3174/ – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2830568> (дата обращения: 28.05.2020).

124. Rosta, J. Female surgeons' alcohol use: a study of a national sample of Norwegian doctors / J. Rosta, O.G. Aasland. – Текст : непосредственный // *Alcohol. Alcohol.* – 2005. – Vol. 40, No. 5. – P. 436–440.

125. Rotating shift-work as an independent risk factor for overweight Italian workers: a cross-sectional study / P. Barbadoro, L. Santarelli, N. Croce [et al.]. – Текст : электронный // *PLoS One.* – 2013. – Vol. 8, No. 5. – ISSN 1932-6203. – URL: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0063289> (дата обращения: 28.05.2020).

126. Sánchez, P. The prevalence of and attitudes toward smoking among physicians in Azuay, Ecuador / P. Sánchez, N. Listani. – Текст : непосредственный // *Rev. Panam. Salud. Publica.* – 2003. – Vol. 14, No. 1. – P. 25–30.

127. Self-reported physical activity among health care professionals in South-West Nigeria / S.O. Iwuala, A.O. Sekoni, M.A. Olamoyegun [et al.]. – Текст : непосредственный // *Niger. J. Clin. Pract.* – 2015. – Vol. 18, No. 6. – P. 790–795.

128. Serum total cholesterol and long-term coronary heart disease mortality in different cultures. Twenty-five-year follow-up of the seven countries study / W.M. Verschuren, D.R. Jacobs, B.P. Bloemberg [et al.]. – Текст : непосредственный // *JAMA.* – 1995. – Vol. 274, No. 2. – P. 131–136.

129. Simunić, M. Doctors and tobacco smoking / M. Simunić, I. Bakran, D. Orlić. – Текст : непосредственный // *Lijecnicki Vjesnik.* – 2002. – Vol. 124, No. 3–4. – P. 104–107.

130. Smoking among Lao medical doctors: challenges and opportunities for tobacco control / S. Vanphanom, M. Morrow, A. Phengsavanh [et al.]. – Текст : непосредственный // *Tob. control.* – 2011. – Vol. 20, No. 2. – P. 144–150.

131. Smoking behavior, attitudes, and cessation counseling among healthcare professionals in Armenia / N.K. Movsisyan, P. Varduhi, H. Arusyak [et al.]. – Текст : непосредственный // *BMC Public Health.* – 2012. – Vol. 12, No. 1. – P. 1028.

132. Smoking habits and associated factors among Greek physicians / A. Sotiropoulos, A. Gikas, E. Spanou [et al.]. – Текст : непосредственный // *Public Health.* – 2007. – Vol. 121, No. 5. – P. 333–340.

133. Smoking prevalence among doctors and nurses-2013. New Zealand census data / R. Edwards, D. Tu, J. Stanley [et al.] // *N. Z. Med. J.* – 2018. – Vol. 131, No. 1471. – P. 48–57.

134. Smoking prevalence and associated risk factors among healthcare professionals in Nicosia general hospital, Cyprus: a cross-sectional study / S. Zinonos, T. Zachariadou, S. Zannatos [et al.]. – Текст : непосредственный // *Tob. Induc. Dis.* – 2016. – Vol. 14, No. 1. – P. 14.

135. Smoking prevalence in hospital workers: meta-analysis in 45 Catalan hospitals / C. Martinez, J.M. Martínez-Sánchez, L. Antón [et al.]. – Текст : непосредственный // *Gaceta Sanitaria.* – 2016. – Vol. 30, No. 1. – P. 55–58.

136. Talay, F. Istanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları / F. Talay, S. Altın, E. Cetinkaya. – Текст : непосредственный // *Tuberk. Toraks.* – 2007. – Vol. 55, No.1. – P. 43–50.

137. Talay, F. The smoking habits of health care workers and their approach to smoking in Gaziosmanpaşa and Eyüp counties of Istanbul / F. Talay, S. Altın, E. Cetinkaya. – Текст : непосредственный // *Tuberk. Toraks.* – 2007. – Vol. 55, No. 1. – P. 43–50.

138. The frequency of alcohol consumption is associated with the stroke mortality / S.H. Rantakömi, S. Kurl, J. Sivenius [et al.]. – Текст : непосредственный // *Acta Neurol. Scand.* – 2014. – Vol. 130, No. 2. – P. 118–124.

139. The lifestyle habits and wellbeing of physicians in Bahrain: a cross-sectional study / S.M. Borgan, G.A. Jassim, Z.A. Marhoon, M.H. Ibrahim. – Текст : непосредственный // BMC Public. Health. – 2015. – Vol. 15. – P. 655.

140. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey / P. Sebo, M.B. Gallacchi, C. Goehring. – Текст : непосредственный // BMC Public. Health. – 2007. – Vol. 7, No. 1. – P. 5.

Анкета**Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников в Томской области**

Уважаемый коллега! Большое спасибо, что Вы согласились заполнить данный вопросник. Заполнение займет приблизительно 10-15 минут. В вопроснике нет правильных и неправильных ответов, нам важны именно Ваши ответы. Конфиденциальность Ваших данных будет полностью соблюдена. В анкете не содержится вопросов, предусматривающих предоставление персональных данных. Ни руководитель Вашего учреждения, ни Ваши коллеги не получают, предоставленную Вами информацию. При статистической обработке все данные будут обезличены.

Вопросник состоит из 2 частей:

1. Общая часть. 2. Оценка факторов риска ХНИЗ.

Заполненный Вами вопросник будет считаться добровольным согласием на участие в исследовании и разрешением на обработку предоставленных Вами данных.

1. К какой категории медицинского персонала Вы относитесь?

Врач Средний медперсонал (медицинские сестры)

2. Ваш пол

Мужской Женский

3. Ваш возраст (Впишите количество полных лет цифрами)

4. Имеется ли у Вас какое-либо хроническое заболевание, по поводу которого Вы регулярно получаете лечение? (Если да, укажите какое заболевание)

5. Какое у Вас образование?

Среднее специальное Высшее Два и более высших

6. Имеете ли Вы квалификационную категорию?

Нет Первая Вторая Высшая

7. Есть ли у Вас ученая степень?

Нет Кандидат медицинских наук Доктор медицинских наук

8. Есть ли у Вас ученое звание?

Не Доцент Профессор

9. В каком учреждении Вы работаете? (Впишите название учреждения самостоятельно)

10. Вы работаете врачом/медсестрой по основному месту работы или по совместительству?

По основному месту работы По совместительству По основному месту и совместительству

11. Занимаете ли Вы в ЛПУ какую-либо административную должность?

Да, по основному месту работы Да, по совместительству Нет

12. В скольких учреждениях Вы работаете? (Впишите количество цифрами)

13. Ваша специальность

(Впишите правильное название Вашей специальности самостоятельно)

14. Форма последиplomной подготовки по Вашей основной специальности

(По основному месту работы)

Нет/Не применимо Интернатура Ординатура Программа первичной переподготовки

15. Укажите Ваш общий стаж работы
(Впишите полное количество лет цифрами, включая последипломную подготовку)
16. Укажите Ваш стаж работы как медицинского работника (Впишите полное количество лет цифрами, включая последипломную подготовку по основной специальности)
17. Укажите общее количество занимаемых ставок по врачебной/медицинской должности (Впишите количество всех занимаемых Вами ставок цифрами)
18. Укажите общее количество занимаемых ставок по всем должностям
(Впишите количество всех занимаемых Вами ставок цифрами)
19. Укажите среднее количество пациентов (процедур/исследований), с которым Вам приходится работать в течение рабочего дня
(Впишите количество цифрами, если не работаете непосредственно с пациентами и не выполняете исследования - впишите 0)
20. Укажите общую продолжительность Вашего рабочего дня (ч.) (мин.)
21. Пользуетесь ли Вы перерывом на обед в течение рабочего дня?
 Да, всегда Нет, никогда Иногда
22. Укажите среднее количество ночных (по 12 часов) дежурств в месяц
(Впишите количество ночных дежурств цифрами, если не дежурите – впишите 0)
23. Укажите среднее количество суточных (по 24 часа) дежурств в месяц
(Впишите количество суточных дежурств цифрами, если не дежурите - впишите 0)
24. Устраивает ли Вас ваше рабочее место по оснащенности и комфорту?
 Да Нет Другое
-
25. Сколько дней в неделю Вы работаете по врачебной/медицинской должности?
(Впишите количество рабочих дней в неделю цифрами)
26. Сколько дней в неделю Вы работаете всего по всем должностям?
(Впишите количество рабочих дней в неделю цифрами)
27. Сколько примерно времени Вы тратите на дорогу к месту работы? (ч.) (мин.)
28. Как Вы добираетесь к месту работы?
 Пешком На личном транспорте На общественном транспорте На служебном транспорте
29. Есть ли у Вас почетные грамоты, благодарственные письма или награды за трудовую деятельность?
 Есть Нет
30. Как Вы сами оцениваете результаты (качество) своей работы?
 Хорошо Удовлетворительно Неудовлетворительно
31. Ваше семейное положение
 Никогда не был женат/Никогда не была за мужем Женат/Замужем
 Совместное проживание («Гражданский брак») Разведен/Разведена
 Вдовец/Вдова
32. Есть ли у Вас дети?
(Впишите количество детей, если у Вас нет детей – впишите 0)
33. Есть ли у Вас дети в возрасте до 14 лет?
 Да Нет
34. Укажите среднее количество квадратных метров жилья на одного члена семьи, совместно проживающих с Вами
(Впишите количество квадратных метров цифрами)
35. Сколько времени в сутки в среднем Вы тратите на занятия спортом?
(Если вы не занимаетесь спортом - впишите 0) (ч.) (мин.)
36. Сколько времени в сутки в среднем Вы спите? (ч.) (мин.)
37. Ощущаете ли Вы дефицит сна?
 Да Нет

38. Вы используете ежегодный отпуск целиком?

- Всегда, и меня это устраивает Мне не удается использовать весь отпуск целиком, но я бы хотел (а) Я не использую весь отпуск целиком и не хочу этого
 Мне приходится использовать весь отпуск целиком, но я бы хотел(а) разделить его

39. Укажите Вашу среднюю заработную плату в месяц как медицинского работника

(Впишите количество рублей цифрами)

40. Укажите суммарный средний доход на одного члена семьи, совместно проживающих с Вами

(общий доход всей семьи из всех источников / количество членов семьи)

41. Укажите сумму ежемесячной выплаты по кредитам (если имеются)

(Впишите количество рублей цифрами, если кредитов не имеете – впишите 0)

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный специалист
по профилактической медицине
Минздрава России
С.А. Бойцов
10 января 2013 г.

МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ РИСКА
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Методические рекомендации

МОСКВА 2012

Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день?

Нет.....1
Да.....2

Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении?

Нет.....1
Да.....2

Физическая активность

Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?

Менее 30 минут.....1
30 минут и более.....2

Курение

Как можно охарактеризовать Вас по отношению к курению?

Никогда не курил(а)1

[Интервьюер: Переходите к разделу Употребление алкоголя]

Курил(а), но бросил(а)2

Курю3

Если да, то употребляете (употребляли) ли Вы табачные изделия ежедневно?

Нет.....1
Да.....2

В каком возрасте Вы начали курить? Если не помните, то, как давно это было?

В возрасте лет лет назад

[Интервьюер: задавайте следующий вопрос только тем, кто бросил курить]

В каком возрасте Вы бросили курить? Если не помните, то, как давно это было

В возрасте лет лет назад

Сколько в среднем сигарет/папирос (или иных табачных изделий) Вы выкуриваете (выкуривали) в день?

сигарет

Употребление алкоголя

Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?

Нет.....1
Да.....2

Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?

Нет.....1
Да.....2

Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?

Нет.....1
 Да.....2

Похмеляетесь ли Вы по утрам?

Нет.....1
 Да.....2

Вы пьете:**Пиво?**

Да.....1
 Нет.....2

Если Да, Сколько Вы выпили за прошлую неделю

Сухое вино, Шампанское?

Да.....1
 Нет.....2

Если да, Сколько Вы выпили за прошлую неделю

Крепленое вино?

Да.....1
 Нет.....2

Если Да, Сколько Вы выпили за прошлую неделю

Домашние крепкие настойки?

Да.....1
 Нет.....2

Если Да, Сколько Вы выпили за прошлую неделю

Водка, коньяк, другие крепкие напитки?

Да.....1
 Нет.....2

Если Да, Сколько Вы выпили за прошлую неделю

Отказался отвечать

Здоровье и заболевания**Как Вы оцениваете в настоящее время состояние Вашего здоровья в целом?**

Отличное.....1
 Очень хорошее.....2
 Хорошее.....3
 Удовлетворительное.....4
 Плохое.....5

Знаете ли Вы цифры своего артериального давления?

Нет.....1
Да.....2

Говорил ли Вам когда-нибудь врач или другой медицинский работник, что у Вас повышенное артериальное давление?

Нет.....1
Да.....2

Принимали ли Вы лекарства, понижающие артериальное давление в течение последних 2-х недель?

Нет.....1
Да.....2

Говорил ли Вам врач, что у Вас повышенный уровень сахара крови?

Нет.....1
Да.....2

Принимали ли Вы в последние 2 недели препараты для снижения уровня сахара крови?

Нет.....1
Да.....2

Знаете ли вы свой уровень холестерина?

Нет.....1
Да.....2

Говорил ли Вам врач, что у Вас повышенный уровень холестерина?

Нет.....1
Да.....2

Говорил ли Вам когда-нибудь врач, что у Вас имеются/имелись следующие болезни:

	Нет	Да	Не знаю
Хронический бронхит	1	2	3
Бронхиальная астма	1	2	3
Инсульт (тромбоз сосудов мозга или кровоизлияние)	1	2	3
Инфаркт миокарда	1	2	3
Ишемическая болезнь сердца (Стенокардия)	1	2	3
Онкологические заболевания	1	2	3
Сахарный диабет	1	2	3
Тип сахарного диабета <input type="checkbox"/>			

Объективные данные физикального обследования**АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ**

Первое измерение (мм.рт.ст.) на правой руке | | | | / | | | |

Интервьюер! Если измерение не может быть выполнено на правой руке, провести его на левой руке и сделать отметку

Пульс на лучевой артерии, первое измерение (ударов за 60 сек) | | | |

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Второе измерение (мм.рт.ст.) на правой руке | | | | / | | | |

Пульс на лучевой артерии, второе измерение (ударов за 60 сек) | | | |

РОСТ (стоя, с точностью до 0,5см) | | | |, | | см

ВЕС (масса тела, с точностью до 0,1 кг) | | | |, | | кг

Окружность талии (с точностью до 0,5см) | | | |, | | см

Лабораторные данные

Общий холестерин, ммоль/л | | |, | |

Глюкоза, ммоль/л | | |, | |