

# Сердечно-сосудистая мультиморбидность и временная утрата трудоспособности среди медицинских работников многопрофильной городской клинической больницы

В.Н. Ларина<sup>1</sup>, К.В. Глибко<sup>1,2</sup>, Д.А. Касаева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница №13» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

✉ [larinav@mail.ru](mailto:larinav@mail.ru)

## Аннотация

**Актуальность.** В статье проанализированы сердечно-сосудистая мультиморбидность (ССМ) и временная утрата трудоспособности (ВУТ) среди медицинских работников многопрофильной городской клинической больницы (ГКБ).

**Цель.** Оценить встречаемость хронических неинфекционных заболеваний, ССМ и ВУТ у медицинских работников многопрофильной ГКБ.

**Материалы и методы.** В ретроспективное открытое исследование были включены 527 врачей (207 мужчин и 320 женщин) в возрасте от 25 до 79 (42±9,8) лет и 857 сотрудников среднего медицинского персонала (32 мужчин и 825 женщин) ГКБ в возрасте от 19 до 79 (41±9) лет. Проведен анализ медицинских карт, листков временной нетрудоспособности, выписных эпикризов из историй болезней врачей и среднего медицинского персонала.

**Результаты.** Гиперхолестеринемия выявлена у 38%, избыточная масса тела – 26%, ожирение – 4,8%, курение – 27,2%, артериальная гипертензия (АГ) – 9,1%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 3%, сахарный диабет (СД) – 3,2%, ССМ (АГ/ИБС/СД) – у 2,3% медицинских работников. За 3-летний период зафиксировано 42,3% случаев ВУТ, ассоциированных с женским полом (отношение шансов – ОШ 2,4, 95% доверительный интервал – ДИ 1,7–3,4;  $p<0,001$ ), работой в поликлиническом отделении (ОШ 2,0, 95% ДИ 1,3–3,0;  $p<0,001$ ), АГ (ОШ 31,4, 95% ДИ 12,1–82,0;  $p<0,001$ ), возрастом как у мужчин (ОШ 1,03, 95% ДИ 1,0–1,1;  $p=0,045$ ), так и у женщин (ОШ 1,02, 95% ДИ 1,0–1,03;  $p=0,001$ ). Отмечена связь возраста с ССМ (ОШ 1,08, 95% ДИ 1,05–1,12;  $p<0,001$ ).

**Заключение.** Среди медицинских работников ГКБ отмечена высокая встречаемость курения, избыточной массы тела и гиперхолестеринемии. Среди заболеваний преобладали ИБС, СД и АГ. ССМ имела у 2,3% медицинских работников, средний возраст которых составил 41 год. Лица с ССМ были старше лиц без ССМ, и среди них преобладали женщины. За 3-летний период зафиксировано 42,3% случаев ВУТ, ассоциированной с возрастом, работой в поликлиническом отделении и АГ, важнейшей составляющей мультиморбидности.

**Ключевые слова:** заболеваемость медицинских работников, мультиморбидность, временная утрата трудоспособности, факторы риска, хронические неинфекционные заболевания.

**Для цитирования:** Ларина В.Н., Глибко К.В., Касаева Д.А. Сердечно-сосудистая мультиморбидность и временная утрата трудоспособности среди медицинских работников многопрофильной городской клинической больницы. *CardioСоматика*. 2019; 10 (4): 44–50. DOI: 10.26442/22217185.2019.4.190573

Original Article

## Cardiovascular multimorbidity and temporary disability among health professionals of the multidisciplinary city hospital

Vera N. Larina<sup>1</sup>, Kirill V. Glibko<sup>1,2</sup>, Diana A. Kasaeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>State Healthcare Institution №13, Moscow, Russia

✉ [larinav@mail.ru](mailto:larinav@mail.ru)

## Abstract

**Relevance.** The article highlights the topical issues of cardiovascular multimorbidity (CVM) and temporary disability (TD) among medical workers of a large multi-profile city clinical hospital.

**Aim.** To assess the incidence of chronic noncommunicable diseases, CVM and TD in medical workers of the city clinical hospital.

**Materials and methods.** 527 physicians (207 men and 320 women) aged 25 to 79 (42±9.8) years and 857 nurses (32 men and 825 women) aged 19 to 79 (41±9) years were included in a retrospective, open-label study. The medical documentations analysis was performed.

**Results.** Hypercholesterolemia was diagnosed in 38%, overweight – in 26%, obesity – in 4.8%, smoking – in 27.2%, hypertension – in 9.1%, coronary artery disease – in 3%, diabetes mellitus – in 3.2%, CVM – in 2.3% of health care workers. Over the 3-year period, 42.3% of cases of TD were recorded. TD was associated with the female sex (OR 2.4, 95% CI 1.7–3.4;  $p<0.001$ ), working in the

outpatient department (OR 2.0, 95% CI 1.3–3.0;  $p < 0.001$ ), hypertension (OR 31.4, 95% CI 12.1–82.0;  $p < 0.001$ ), as well as age both in men (OR 1.03, 95% CI 1.0–1.1;  $p = 0.045$ ) and in women (OR 1.02, 95% CI 1.0–1.03;  $p = 0.001$ ). The relationship between age and CVM was confirmed (OR 1.08, 95% CI 1.05–1.12;  $p < 0.001$ ).

**Conclusion.** Among medical workers of city clinical hospital there was a high incidence of smoking, overweight and hypercholesterolemia. Coronary heart disease, diabetes and hypertension were prevailed among the diseases. CVM was revealed among 2.3% of health workers, with an average age of 41 years. Persons with CVM were older than those without CVM and among them women were prevailed. Over the 3-year period, 42.3% of cases of TD were recorded, which associated with age, working in the outpatient department and hypertension, the most important component of multimorbidity.

**Key words:** morbidity of medical workers, multimorbidity, temporary disability, risk factors, chronic noncommunicable diseases.

**For citation:** Larina V.N., Glibko K.V., Kasaeva D.A. Cardiovascular multimorbidity and temporary disability among health professionals of the multidisciplinary city hospital. *Cardiosomatics*. 2019; 10 (4): 44–50. DOI: 10.26442/22217185.2019.4.190573

Основные хронические неинфекционные заболевания – ХНИЗ (заболевания сердечно-сосудистой и бронхолегочной системы, онкологические заболевания, сахарный диабет – СД) являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и составляют более 2/3 всех причин смерти в мире [1, 2]. В настоящее время общепризнано, что развитие и распространенность ХНИЗ тесно связаны с особенностями образа жизни, факторами риска и условиями работы, а их изменение способствует снижению заболеваемости и смертности.

Работа медицинских сотрудников имеет важное социальное значение, поскольку относится к сфере деятельности, не принимающей непосредственное участие в процессе производства. Но этот вид профессиональной деятельности необходим для сохранения здоровья работников всех отраслей экономики с целью ее нормального функционирования. Высокий уровень профессиональной ответственности создает основу для возникновения заболеваний, требующих временной отстраненности от работы, в связи с чем анализ факторов, приводящих к их развитию и влияющих на состояние здоровья медицинских работников, имеет большое значение.

**Цель исследования** – оценить встречаемость ХНИЗ, сердечно-сосудистой мультиморбидности (ССМ) и временной утраты трудоспособности (ВУТ) у медицинских работников многопрофильной городской клинической больницы (ГКБ).

## Материалы и методы

Проведено ретроспективное открытое исследование. Критерии включения: сотрудники ГКБ с высшим и средним медицинским образованием, работающие в течение 3-летнего периода, у которых имелись случаи нетрудоспособности, обусловленные артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и СД, зафиксированные отделом кадров медицинского учреждения.

Критерии исключения: технический и административный персонал, случаи ВУТ по причине травм, оперативных вмешательств и декретного отпуска.

В исследовании проведен анализ медицинских карт сотрудников, листков временной нетрудоспособности, выписных эпикризов из историй болезней 1384 врачей и среднего медицинского персонала (СМП) ГКБ.

Анализируемая группа медицинских сотрудников составила 90% от всего медицинского персонала ГКБ, работающего в настоящее время. В эту группу вошли все сотрудники, работавшие в течение последних 3 лет (независимо от того, нуждались или нет в листке нетрудоспособности), и уволенные, но имевшие листок нетрудоспособности в связи с ВУТ. Уволенные сотрудники, которые не нуждались в листке нетрудоспособности за последние 3 года, составили

10% от всего медицинского персонала, и их данные не анализировались.

Учитывались следующие показатели: пол, возраст, профиль отделения, факторы риска ХНИЗ (курение, избыточная масса тела, ожирение, употребление алкоголя, гиперхолестеринемия), сердечно-сосудистые состояния, в частности СД. При индексе массы тела (ИМТ) от 25 до 29,9 кг/м<sup>2</sup> пациента рассматривали как имеющего избыточную массу тела, 30 кг/м<sup>2</sup> и более – ожирение [3]. Гиперхолестеринемия расценивалась при отклонении от нормы одного или более показателей липидного обмена (общий холестерин – ХС > 5 ммоль/л; ХС липопротеидов высокой плотности у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; ХС липопротеидов низкой плотности более 3 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л).

АГ рассматривалась при уровне систолического артериального давления 140 мм рт. ст. и выше, диастолического – 90 мм рт. ст. и выше или приеме антигипертензивных препаратов. Комбинацию минимум из 2 заболеваний (АГ/ИБС/СД) рассматривали в качестве ССМ. Учитывая высокую медико-социальную значимость СД, неуклонное нарастание его случаев в последние годы, а также тяжесть сердечно-сосудистых осложнений, это заболевание отнесено в группу ССМ.

Использовались данные медицинской документации сотрудников за период с января 2015 г. по декабрь 2017 г. в ГБУЗ ГКБ №13. Исследование принято к сведению этическим комитетом ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова».

Статистический анализ выполнен с применением программы StatPlus:mac, версия 6 (AnalystSoft Inc., США), SPSS Statistics version 20.0 (IBM, США). Результаты представлены в виде среднего и стандартного отклонения. Сравнение количественных признаков проводили по ранговому U-критерию Манна–Уитни, качественных – с использованием таблиц сопряженности по критерию  $\chi^2$  Пирсона с поправкой Йетса и точному критерию Фишера. Ассоциации между переменными выявляли с помощью коэффициента корреляции ( $r$ ) Пирсона при нормальном распределении сравниваемых выборок и коэффициента корреляции Спирмена при ненормальном распределении или малых размерах выборок. Для оценки влияния признака применялся логистический регрессионный анализ с определением отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ). Различия считали статистически значимыми при значениях двустороннего  $p < 0,05$ .

## Результаты

Проанализированы данные медицинской документации 1384 сотрудников, среди которых 527 (38%) врачей и 857 (62%) СМП в возрасте от 19 до 79 (41,2±11,1)

**Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика медицинских работников в зависимости от пола и имеющихся заболеваний**  
**Table 1. Clinical and demographic characteristics of health workers according to their gender and diseases**

| Показатель                        | Медработники (n=1384) |                  |        |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------|--------|
|                                   | мужчины (n=239)       | женщины (n=1145) | p      |
| Врачи, n (%)*                     | 207 (86,6)            | 320 (27,9)       | 0,001  |
| СМП, n (%)*                       | 32 (13,3)             | 825 (72,0)       | 0,001  |
| Возраст, лет**                    | 41±9,3                | 41,4±10,9        | 0,089  |
| Курение, n (%)*                   | 182 (76,1)            | 195 (17,0)       | <0,001 |
| Гиперхолестеринемия, n (%)*       | 188 (78,6)            | 344 (30,0)       | <0,001 |
| ИМТ≥25 кг/м <sup>2</sup> , n (%)* | 125 (52,3)            | 229 (20,0)       | <0,001 |
| Ожирение, n (%)*                  | 43 (17,9)             | 24 (2,0)         | <0,001 |
| АГ, n (%)*                        | 14 (5,8)              | 112 (9,7)        | 0,010  |
| ИБС, n (%)*                       | 5 (2,0)               | 37 (3,2)         | 0,700  |
| СД, n (%)*                        | 8 (3,3)               | 37 (3,2)         | 0,914  |
| АГ/ИБС/СД, n (%)*                 | 3 (1,2)               | 29 (2,5)         | 0,338  |

Здесь и далее в табл. 2 данные представлены: \*в виде абсолютного числа больных; \*\*в виде M±SD; p – достоверность различий при сравнении групп больных.  
Hereinafter in the table 2 data are presented: \*as the absolute number of patients; \*\*as M±SD; p – significance for differences between groups of patients.

**Таблица 2. Клинико-демографическая характеристика медицинских работников в зависимости от профессии и имеющихся заболеваний**  
**Table 2. Clinical and demographic characteristics of health workers according to their professional occupation and diseases**

| Показатель                        | Врачи (n=527) | СМП (n=857) | p      |
|-----------------------------------|---------------|-------------|--------|
| Режим работы – суточный, n (%)*   | 297 (56,3)    | 506 (58,9)  | 0,320  |
| Режим работы – дневной, n (%)*    | 230 (43,6)    | 351 (40,9)  | 0,320  |
| Возраст, лет**                    | 42,1±11,7     | 40,6±10,7   | 0,016  |
| Курение, n (%)*                   | 208 (39,4)    | 169 (19,7)  | <0,001 |
| Гиперхолестеринемия, n (%)*       | 235 (44,5)    | 297 (34,6)  | <0,001 |
| ИМТ>25 кг/м <sup>2</sup> , n (%)* | 186 (35,2)    | 168 (19,6)  | 0,025  |
| Ожирение, n (%)*                  | 31 (5,8)      | 36 (4,2)    | 0,230  |
| АГ, n (%)*                        | 48 (9,1)      | 78 (9,1)    | 0,600  |
| ИБС, n (%)*                       | 22 (4,1)      | 20 (2,3)    | 0,075  |
| СД, n (%)*                        | 24 (4,5)      | 21 (2,4)    | 0,047  |
| АГ/ИБС/СД, n (%)*                 | 18 (3,4)      | 14 (1,6)    | 0,051  |

лет. Среди 1384 медицинских работников было 239 (17%) мужчин в возрасте от 19 до 79 лет и 1145 (83%) женщин в возрасте от 25 до 79 лет. По 5-дневному графику работали 581 (42%), суточному – 803 (58%) медицинских работника.

Гиперхолестеринемия выявлена у 532 (38%), избыточная масса тела – 354 (26%), ожирение – 67 (4,8%), курение – 377 (27,2%), АГ – 126 (9,1%), ИБС – 42 (3%), СД – 45 (3,2%), ССМ – 32 (2,3%) медицинских работников (табл. 1).

Среди врачей преобладали мужчины (87%), среди СМП – женщины (72%). Первые чаще работали по суточному графику (67%), вторые – по дневному (43,7%);  $p=0,005$ . Мужчины чаще курили, имели гиперхолестеринемиию и ожирение.

У женщин в 2 раза чаще встречались АГ, заболевания опорно-двигательного аппарата и ССМ (АГ/ИБС/СД), но из-за небольшого числа мужчин в группе различия оказались статистически незначимы.

Пациенты с ССМ были старше (54,5±8,6 года), чем без муьтиморбидности (40,9±11,0 года);  $p<0,001$ , среди них 3 (9%) мужчин и 29 (91%) – женщин ( $p<0,001$ ), 18 (56%) врачей и 14 (44%) лиц из СМП ( $p=0,454$ ).

Клинико-демографическая характеристика медицинских работников в зависимости от профессии представлена в табл. 2.

Врачи были старше по возрасту, чаще курили, имели избыточную массу тела, гиперхолестеринемиию, и у них имела тенденция к более высокой ССМ, чем у

СМП. Однако отличий по встречаемости АГ, ожирения, ИБС и графику работы у врачей и представителей СМП не наблюдалось.

За 3-летний период 589 (42,3%) из 1384 медицинских сотрудников ГКБ нуждались в освобождении от работы по причине ВУТ. Длительность одного случая ВУТ в целом по группе работающих составила 16,7±10,9, у мужчин – 15,2±7,9, женщин – 16,9±11,2 ( $p=0,262$ ); врачей – 15,7±10,6, СМП – 17,2±11,1 дня ( $p=0,111$ ). Количество случаев ВУТ в целом по группе на одного работающего составило 2,1±1,2, у мужчин – 2,1±0,9, женщин – 2,1±1,2 ( $p=0,835$ ), врачей – 2,1±1,2, СМП – 2,1±1,2 ( $p=0,717$ ).

Количество случаев на одного работающего и дней ВУТ в зависимости от заболевания в целом по группе, у мужчин и женщин, врачей и СМП представлено в табл. 3, 4.

Получена корреляционная связь ВУТ с женским полом ( $r=0,16$ ;  $p=0,001$ ), возрастом ( $r=0,12$ ;  $p=0,001$ ) и муьтиморбидностью ( $r=0,18$ ;  $p=0,001$ ), а также муьтиморбидности с возрастом ( $r=0,13$ ;  $p<0,001$ ).

Возраст оказался ассоциированным с муьтиморбидностью медицинских работников (ОШ 1,08, 95% ДИ 1,05–1,12;  $p<0,001$ ).

Факторами, ассоциированными с ВУТ медицинских работников, оказались женский пол (ОШ 2,4, 95% ДИ 1,7–3,4;  $p<0,001$ ), работа в поликлиническом отделении (ОШ 2,0, 95% ДИ 1,3–3,0;  $p<0,001$ ); АГ (ОШ 31,4, 95% ДИ 12,1–82,0;  $p<0,001$ ).

**Таблица 3. Количество случаев и дней ВУТ у медработников**  
**Table 3. The number of cases and days of temporary disability in health workers temporary disability**

| Заболевание | Медработники       |                           | Женщины            |                           | Мужчины            |                           |
|-------------|--------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|
|             | случаи на человека | количество дней на случай | случаи на человека | количество дней на случай | случаи на человека | количество дней на случай |
| АГ          | 2,2±1,1            | 19,4±13,1                 | 2,1±1,2            | 19,0±13,4                 | 2,1±0,7            | 18,3±7,8                  |
| ИБС         | 2,1±1,3            | 20,8±17,6                 | 2,1±1,3            | 20,2±21,5                 | 2,1±0,7            | 19,8±6,5                  |
| СД          | 2,0±1,0            | 19±19,1                   | 2,0±0,9            | 11,3±18,8                 | 2,1±0,7            | 14,2±5,3                  |
| АГ/ИБС/СД   | 2,0±1,1            | 18,7±17,1                 | 2,0±0,9            | 19,5±18,8                 | 2,0±1              | 16,2±5                    |

**Таблица 4. Количество случаев и дней ВУТ у врачей и СМП**  
**Table 4. The number of cases and days of temporary disability in physicians and nurse**

| Заболевание | Врачи              |                           | СМП                |                           |
|-------------|--------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|
|             | случаи на человека | количество дней на случай | случаи на человека | количество дней на случай |
| АГ          | 2,1±0,8            | 19,4±13,6                 | 2,2±1,2            | 19,1±12,7                 |
| ИБС         | 2,0±0,8            | 19,6±18,8                 | 2,3±1,6            | 21,8±17,3                 |
| СД          | 2,0±0,9            | 20±18,3                   | 1,3±0,5            | 17,9±15,5                 |
| АГ/ИБС/СД   | 2,0±0,9            | 20,8± 20,0                | 2,07±0,9           | 17 ±15,4                  |

ВУТ ассоциировалась с возрастом как у мужчин (ОШ 1,03, 95% ДИ 1,0–1,1;  $p=0,045$ ), так и у женщин (ОШ 1,02, 95% ДИ 1,0–1,03;  $p=0,001$ ).

**Обсуждение**

В исследовании проанализирована медицинская документация 1384 медицинских работников с высшим (38%) и средним (62%) образованием. Среди врачей преобладали мужчины (87%), среди СМП – женщины (28%). Возраст медицинских работников в среднем составил 41 год; 52% сотрудников работали по 5-дневному, 48% – суточному графику работы. Мужчины чаще работали по суточному графику (67%), женщины – по дневному (43,7%);  $p=0,005$ .

Анализируя факторы риска ХНИЗ, мы отметили, что курили 27,2%, имели избыточную массу тела – 26% и гиперхолестеринемию – 38% медицинских работников. Обращало на себя внимание, что мужчины чаще курили ( $p=0,014$ ), имели избыточную массу тела и ожирение ( $p<0,001$ ), гиперхолестеринемию ( $p=0,003$ ), чем женщины. Распространенность факторов риска по результатам нашего исследования в целом соответствует данным зарубежных и отечественных исследований последних лет, согласно которым табакокурение среди медперсонала встречается у 16,4–32% [4–6], избыточная масса тела – у 34,4–38%, ожирение у 16,9–17,5% [7, 8], гиперхолестеринемия – у 29,5–40% лиц [9].

АГ выявлена у 9,1%, ожирение – 4,8%, ИБС – 3%, СД – 3,2% медицинских работников. Обратило на себя внимание, что АГ чаще встречалась у женщин, но не у мужчин. Однако врачи и СМП были сопоставимы по частоте АГ ( $p=0,600$ ), ожирению ( $p=0,230$ ), ИБС ( $p=0,075$ ).

В исследовании S. Berg и соавт. продемонстрировано, что 46% лиц на рынке труда Европейского союза сообщали об ограничениях в работе из-за проблем со здоровьем, среди которых более 60% приходилось на долю медицинских работников [10]. Ежегодно 320 тыс. медицинских работников не выходят на работу из-за болезней, занимая 5-е место по распространенности профзаболеваний и опережая даже заболеваемость работников химической промышленности [11].

С ростом продолжительности жизни населения увеличивается число пациентов, страдающих несколькими хроническими заболеваниями, оказывающими негативное влияние на клиническое состоя-

ние, качество жизни, трудоспособность и прогноз. Действительно, наличие комплексной сопутствующей патологии у человека неуклонно нарастает и варьирует от 3 до 98% в зависимости от критериев ее учета, заболеваний, возраста, профессии и ряда других факторов [12, 13].

Данные ретроспективного когортного исследования в Англии с участием 403 985 пациентов в возрасте 18 лет и старше показали, что 26,2% пациентов имели 2 и более заболеваний, среди которых ведущим оказалась АГ (18,2%). Комплексная патология чаще встречалась у женщин (30%), но не у мужчин (24,4%) и среди лиц с более низким социально-экономическим статусом (33,8 и 24,2% соответственно) [14].

Согласно Т.А. Ермолиной и соавт. с увеличением профессионального стажа у медицинских работников отмечается не только рост хронических заболеваний, но и заболеваний сердечно-сосудистой системы. При этом распространенность разных нозологических форм ХНИЗ превалирует у женщин (в 2,8 раза выше по сравнению с аналогичными показателями среди мужчин) и врачей (в 13,3 раза выше, чем среди медицинского персонала) [15].

В исследовании Н.Х. Амирова и соавт., где средний возраст медицинских работников составил 43 года, а стаж 15 лет, хроническая патология выявлена у 92,5% обследованных лиц. При этом и у врачей, и у СМП преобладали сердечно-сосудистые заболевания (39,3 и 32,1% соответственно) [16].

Комплексная патология многие годы рассматривалась как неотъемлемая часть стареющего организма, но на сегодняшний день показано, что сочетание нескольких заболеваний встречается и у лиц трудоспособного возраста [17].

Согласно нашим данным сочетание АГ, ИБС и СД имелось у 2,3% медицинских работников, при этом с одинаковой частотой выявлялось как у врачей, так и у СМП. Обращает на себя внимание тот факт, что ССМ в 2 раза чаще выявлялась у женщин, но из-за небольшого числа мужчин в группе различия оказались статистически незначимы.

Медицинские работники с ССМ были старше (54,5±8,6 года), чем лица без мультиморбидности (40,9±11,0 года);  $p<0,001$ , среди них 9% мужчин и 91% женщин ( $p<0,001$ ), 56% врачей и 44% представителей СМП ( $p=0,454$ ).

За 3-летний период 42,3% медицинским работникам ГКБ потребовалось освобождение от работы по причине ВУТ. Длительность одного случая ВУТ составила в среднем 16,7 у мужчин – 15,2, у женщин – 16,9 ( $p=0,262$ ); у врачей – 15,7, у СМП – 17,2 дня ( $p=0,111$ ). Количество случаев ВУТ на одного работающего, независимо от пола, составило 2,1, у врачей и СМП – 2,1. Количество случаев на одного работающего и дней на случай ВУТ не отличалось в зависимости от заболеваний и мультиморбидности.

Наши данные согласуются с данными других исследователей, свидетельствующих о вкладе ХНИЗ в ВУТ [15, 18]. Так, более 50% медицинских работников имеют хронические заболевания, среди которых преобладает АГ [10, 19]. В.Г. Дьяченко и соавт. представили данные, согласно которым болезни сердечно-сосудистой системы (от  $11,1\pm 1,0$  до  $17,3\pm 1,2\%$ ) занимали ведущее место среди причин ВУТ [20].

Согласно Т.А. Аверьяновой с соавт. ведущий вклад в структуру заболеваний с ВУТ, помимо заболеваний бронхолегочной и костно-мышечной системы, также вносили и заболевания сердечно-сосудистой системы ( $13,0\pm 0,3\%$ ) [21].

Следует отметить, что состояние здоровья медицинских работников не отличается от других групп взрослого населения, где АГ является одним из ведущих заболеваний. Так, по результатам диспансеризации в определенных группах взрослого населения в 2015 г., частота впервые выявленных случаев ССЗ составила 46,9 случая на 1 тыс. обследованных, в 2016 г., – 45,6, а доля болезней, обусловленных повышенным артериальным давлением, – 60,8 и 64,8%, соответственно [22].

На сегодняшний день данных о длительности случаев ВУТ у медицинских работников многопрофильной больницы как в отечественной, так и в зарубежной литературе недостаточно. Согласно исследованию с участием 2480 медицинских работников (39% врачи и 61% СМП, средний возраст 43,9 и 41 год соответственно) средняя продолжительность одного случая ВУТ составила 16,5 дня [23].

Длительность одного случая ВУТ имела тенденцию к росту и составила от  $9,1\pm 1,4$  до  $11,9\pm 1,4$  дня у врачей медицинских учреждений Дальневосточного федерального округа за период с 2007 по 2009 г. [23]. Согласно нашим данным при анализе структуры заболеваемости с ВУТ в днях и случаях за 3 календарных года продемонстрировано сохранение высокого уровня трудопотерь.

ИБС и АГ оказались заболеваниями с максимальным количеством дней на один случай ВУТ – 20,8 и 19,4 дня. Важно отметить, что на долю ССМ также приходилось наибольшее количество дней (18,7).

Факторами, ассоциированными с ВУТ медицинских работников, оказались женский пол (ОШ 2,4;  $p<0,001$ ), работа в поликлиническом отделении (ОШ 2,0;  $p<0,001$ ); АГ (ОШ 31,4;  $p<0,001$ ). ВУТ ассоциировалась с возрастом как у мужчин (ОШ 1,03;  $p=0,045$ ), так и у женщин (ОШ 1,02;  $p=0,001$ ).

Время мультиморбидности требует повышенного внимания к состоянию здоровья медицинских работников, тем более, как показало проведенное нами исследование, возраст (ОШ 1,1;  $p<0,001$ ) тесно ассоциирован с этим состоянием, а АГ как неотъемлемый компонент ССМ – с ВУТ.

## Заключение

Среди медицинских работников многопрофильной ГКБ отмечена высокая встречаемость курения, избыточной массы тела и гиперхолестеринемии, которые чаще фиксировались у мужчин, что свидетель-

ствует о необходимости выявления лиц не только с сопутствующей патологией, но и факторами риска ХНИЗ или начальными этапами заболевания.

Среди заболеваний преобладали АГ, ИБС и СД. При этом АГ чаще выявлялась у женщин. ССМ имелась у 2,3% медицинских работников, средний возраст которых составил 41 год. Пациенты с ССМ были старше лиц без мультиморбидности, и среди них преобладали женщины.

За 3-летний период освобождение от работы по причине ВУТ потребовалось 42,3% медицинских работников ГКБ. Количество случаев на одного работающего и дней на случай ВУТ не отличалось в зависимости от пола, профессии, заболеваний и мультиморбидности. ВУТ чаще встречалась среди женщин, СМП и была ассоциирована с возрастом, работой в поликлиническом отделении и АГ, важнейшей составляющей мультиморбидности.

Поскольку до настоящего времени отсутствует унифицированный подход к изучению заболеваемости медицинских работников, в частности мультиморбидности, и не разработаны программы по профилактике заболеваемости этой группы лиц, возможно, что своевременный учет представленных показателей внесет вклад в укрепление здоровья работающих и благоприятно скажется на повышении качества их жизни.

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении данного исследования.

**Funding source.** The authors declare an absence of funding for this study.

**Соответствие принципам этики.** Протокол исследования принят к сведению этическим комитетом ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», протокол от 22.10.2018 № 178.

**Compliance with the principles of ethics.** The study protocol was taken in consideration by the ethics committee of the Pirogov Russian National Research Medical University protocol dated 22 October, 2018 No. 178.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература/References

1. Piepoli MF, Hoes A, Agewall S et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur J Prevent Cardiol* 2016; 23 (11): 1–96. <https://doi.org/10.1177/2047487316653709>
2. Roth G, Johnson C, Abajobir A et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *J Am Coll Cardiol* 2017; 70 (1): 1–25. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.04.052
3. Недогода С.В., Барыкина И.Н., Саласюк А.С. Национальные клинические рекомендации по ожирению: концепция и перспективы. *Вестн. ВолГМУ*. 2017; 1 (61): 5–15. [Nedogoda SV, Barykina IN, Salasiuk AS. *Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii po ozhibreniu: kontseptsiia i perspektivy*. *Vestn. VolGMU*. 2017; 1 (61): 5–15 (in Russian)]
4. Sorensen JK, Pedersen AF, Bruun NH. Alcohol and drug use among Danish physicians. A nationwide cross-sectional study in 2014. *Dan Med J* 2015; 62 (9): A5132.

# Леркамен®

Лерканидипин

# Леркамен® Дуо

Лерканидипин + Эналаприл



## Лерканидипин — эффективное снижение АД и хорошая переносимость<sup>1-3</sup>



**Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Леркамен® 10, Леркамен® 20.** МНН: лерканидипин. **Фармакотерапевтическая группа:** селективные блокаторы кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды. **Показания к применению:** эссенциальная артериальная гипертензия легкой и умеренной степени тяжести. **Способ применения и дозы:** 10-20 мг внутрь, один раз в сутки, не менее чем за 15 минут до еды, предпочтительно утром, запивая достаточным количеством воды, не разжевывая. Терапевтическая доза подбирается постепенно, при необходимости увеличение дозы до 20 мг/сут осуществляется через 2 недели после начала приема препарата. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к лерканидипину, другим производным дигидропиридинового ряда или к любому компоненту препарата; леченная сердечная недостаточность; нестабильная стенокардия; обструкция сосудов, исходящих из левого желудочка; период в течение 1 месяца после перенесенного инфаркта миокарда; дефицит лактазы, синдром глюкозно-галактозной мальабсорбции; беременность и период грудного вскармливания; применение у женщин детородного возраста при отсутствии надежной контрацепции; возраст до 18 лет (эффективность и профиль безопасности не установлены). С осторожностью: почечная недостаточность (КК более 30 мл/мин); почечная недостаточность легкой или средней степени тяжести; пожилой возраст; синдром слабости синусового узла (без наличия ЭКС); ИБС; дисфункция левого желудочка. **Побочные эффекты:** препарат хорошо переносится; нечасто: эффекты, связанные с сосудорасширяющим действием препарата (периферические отеки, ощущение приливов крови к лицу, сердцебиение, снижение АД. Подробная информация содержится в инструкциях по медицинскому применению препаратов Леркамен® 10 ЛСР-007057/09 от 07.09.2009, Леркамен® 20 ЛСР-006976/08 от 01.09.2008

**Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Леркамен® Дуо:** Регистрационный номер: ЛП №001184 МНН: Лерканидипин + Эналаприл. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Показания к применению:** Дозировка 10 мг+10 мг: эссенциальная гипертензия (при неэффективности монотерапии лерканидипином 10 мг). Дозировка 10 мг+20 мг: эссенциальная гипертензия (при неэффективности монотерапии эналаприлом 20 мг). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к лерканидипину, эналаприлу или к любому другому ингибитору АПФ и другим БМКК, производным дигидропиридина, а также к любому другому компоненту препарата; обструкция выносящего тракта левого желудочка, включая стеноз аортального клапана; хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации; наследственный и/или идиопатический ангионевротический отек (в том числе - в анамнезе); у пациентов с сахарным диабетом или с нарушением функции почек (при скорости клубочковой фильтрации < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) на фоне применения препаратов, содержащих алискирен; нестабильная стенокардия; в течение первого месяца после перенесенного инфаркта миокарда; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), включая пациентов, находящихся на гемодиализе; тяжелая печеночная недостаточность; одновременное применение с сильными ингибиторами изофермента СYP3A4 (кетоназол, итраконазол, эритромицин, ритонавир, тропандомицин), а также циклоспорином и грейпфрутовым соком; дефицит лактазы, непереносимость лактозы и синдром

голово-галактозной мальабсорбции; детский возраст до 18 лет; беременность, грудное вскармливание; женщины, способные к деторождению и не пользующиеся надежными средствами контрацепции. С осторожностью: синдром слабости синусового узла (без одновременного применения искусственного водителя ритма сердца); левожелудочковая недостаточность, ишемическая болезнь сердца; почечная недостаточность (клиренс креатинина более 30 мл/мин); реноваскулярная гипертензия; цереброваскулярные заболевания; состояние после недавно выполненной трансплантации почки (был применения отсутствуют); леченная недостаточность; угнетение костномозгового кроветворения (нейтропения/агранулоцитоз); тяжелые аутоиммунные заболевания соединительной ткани (в т.ч. склеродермия, системная красная волчанка); одновременное применение с иммунодепрессантами, аллопурином, прокаином; одновременное применение с индукторами СYP3A4 (например, фенитоин, карбамазепин, рифампицин); сахарный диабет; хирургические вмешательства и общая анестезия; пациенты, соблюдающие диету с ограничением потребления поваренной соли; гиперкалиемия; одновременное применение с препаратами лития; одновременное применение с антагонистами рецепторов ангиотензина II или препаратами, содержащими алискирен; анафилактические реакции при десенсибилизации к ядам перепончатоклассов; анафилактические реакции во время приема препарата Леркамен® Дуо в дозе 10 мг+10 мг; при неэффективности монотерапии лерканидипином 10 мг, следует начать прием препарата Леркамен® Дуо в дозе 10 мг+20 мг; при неэффективности монотерапии эналаприлом 20 мг, следует начать прием препарата Леркамен® Дуо в дозе 10 мг+20 мг. Дозу препарата выбирает врач. **Побочное действие:** Ниже приведены наиболее часто встречающиеся побочные эффекты при применении препарата Леркамен Дуо, а также эналаприла или лерканидипина в отдельности. Нарушения со стороны нервной системы: головокружение, головная боль, депрессия; Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: головноекружение, артериальная гипотензия (включая ортостатическую гипотензию), синкопальное состояние, боль в грудной клетке, нарушения ритма, стенокардия, тахикардия; Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: кашель, одышка; Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, диарея, боль в животе, нарушение вкуса; Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки: сыпь, гиперчувствительность I и ангионевротический отек; Нарушения общего характера: астения, усталость; Результаты обследований: гиперкалиемия, повышение концентрации креатинина в сыворотке. Подробная информация содержится в Инструкции по медицинскому применению препарата Леркамен® Дуо: ЛП №001184 от 11.11.2011 с внесенными изменениями от 28.09.17. Препарат отпускается по рецепту.

1. Barrios V, Navarro A, Esteras A, Luque M, Romero J, Tamargo J, Prieto L, Carrasco JL, Heranz I, Navarro-Cid J, Ruilope LM. Antihypertensive efficacy and tolerability of lercanidipine in daily clinical practice. The Elypsa study. Blood Pressure. 2002; 11: 95-100. 2. Barrios V, Escobar C, Navarro A. et al. Lercanidipine is an effective and well tolerated antihypertensive drug regardless the cardiovascular risk profile: the LAURA Study. Int J Clin Pract, November 2006; 60, 11, 1364-1370. 3. Barrios V. The effectiveness and tolerability of lercanidipine is independent of body mass index or body fat percent. The LERZAMIG study. Br. J. Card., 2006; 13: 434-440.

Информация для специалистов здравоохранения.  
RU\_Lerc\_3\_2018\_Print  
Дата последнего утверждения/пересмотра 10.2018

**БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ**

По лицензии Recordati.  
000 «Берлин-Хеми/А.Менарини», 123112, Москва,  
Пресненская наб., д. 10, БЦ «Бауна на Набережной», блок «Б»,  
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01,  
<http://www.berlin-chemie.ru>.

5. Rosta J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol* 2008; 43 (2): 198–203. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn180>
6. Казидзева Е.Н., Сергунина И.Н., Веницева Ю.Л. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и их динамика у работников локомотивных бригад. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018; 17 (3): 53–8. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2018-3-53-58>  
[Kazidaeva E.N., Sergunina I.N., Venevtseva Ju.L. Faktory riska serdecno-sosudistykh zaboolevaniy i ikh dinamika u rabotnikov lokomotivnykh brigad. *Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika*. 2018; 17 (3): 53–8. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2018-3-53-58> (in Russian)]
7. Дубель Е.В., Унгурияну Т.Н. Оценка поведенческих факторов риска медицинских работников многопрофильного стационара. Анализ риска здоровью. 2016; 2 (14): 4–15.  
[Dubel' E.V., Unguriyanu T.N. Otsenka povedencheskikh faktorov riska meditsinskikh rabotnikov mnogoprofil'nogo stacionara. *Analiz riska zdorov'iu*. 2016; 2 (14): 4–15 (in Russian)]
8. Campos-Matos I, Peralta-Santos A, Gomes B. Body mass index assessment of health care professionals in a primary care setting in Portugal: a cross sectional study. *Acta Med Port* 2014; 27 (5): 609–14.
9. Кобякова О.С., Куликов Е.С., Деев Е.А. и др. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди медицинских работников. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018; 17 (3): 96–104. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2018-3-96-104>  
[Kobiakova O.S., Kulikov E.S., Deev E.A. et al. Rasprostranennost' faktorov riska kbronicheskikh neinfektsionnykh zaboolevaniy sredi meditsinskikh rabotnikov. *Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika*. 2018; 17 (3): 96–104. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2018-3-96-104> (in Russian)]
10. Berg S, Burdorf A, Robroek S. Associations between common diseases and work ability and sick leave among health care workers, international archives of occupational and environmental health 2017; 90 (7): 685–93. <https://doi.org/10.1007/s00420-017-1231-1>
11. Гатиятуллина Л.Л. Состояние здоровья медицинских работников. *Вестн. совр. клин. медицины*. 2016; 9 (3): 69–75.  
[Gatiiatullina L.L. Sostoianie zdorov'ia meditsinskikh rabotnikov. *Vestn. sovr. klin. meditsiny*. 2016; 9 (3): 69–75 (in Russian)]
12. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380 (9836): 37–43. DOI: S0140-6736 (12)60240-2. [10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
13. Rocca WA, Boyd CM, Boyd CM et al. Prevalence of multimorbidity in a geographically defined american population: patterns by age, sex, and race/ethnicity. *Mayo Clin Proc* 2014; 89 (10): 1336–49. DOI: S0025-6196 (14)00665-X. [10.1016/j.mayocp.2014.07.010](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.07.010)
14. Cassell A, Edwards D, Harshfield A et al. The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J General Practice* 2018; 68 (669): e245–e251. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp18X695465>
15. Ермолина Т.А., Мартынова Н.А., Калинин А.Г., Красильников С.В. Состояние здоровья медицинских работников. Обзор литературы. *Вестн. новых мед. технологий*. 2012; 19 (3): 197–200.  
[Ermolina T.A., Martynova N.A., Kalinin A.G., Krasil'nikov S.V. Sostoianie zdorov'ia meditsinskikh rabotnikov. *Obzor literatury. Vestn. novykh med. tekhnologii*. 2012; 19 (3): 197–200 (in Russian)]
16. Амиров Н.Х., Берхеева З.М., Гарипова Р.В. Оценка профессионального риска нарушений здоровья медицинских работников по результатам периодического медицинского осмотра. *Вестн. совр. клин. медицины*. 2014; 7 (2): 10–4.  
[Amirov N.Kh., Berkbeeva Z.M., Garipova R.V. Otsenka professional'nogo riska narushenii zdorov'ia meditsinskikh rabotnikov po rezul'tatam periodicheskogo meditsinskogo osmotra. *Vestn. sovr. klin. meditsiny*. 2014; 7 (2): 10–4 (in Russian)]
17. Sambamoorthi U, Tan X, Deb A. Multiple chronic conditions and health care costs among adults. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2015; 15 (5): 823–32.
18. Руженков В.А., Сергеева Е.Л., Москвитина У.С. Качество жизни медицинских работников. *Научные ведомости БелГУ. Сер: Медицина. Фармация*. 2013; 18 (161): 23–32.  
[Ruzhenkov V.A., Sergeeva E.L., Moskvitina U.S. Kachestvo zbizni meditsinskikh rabotnikov. *Nauchnye vedomosti BelGU. Ser: Meditsina. Farmatsiia*. 2013; 18 (161): 23–32 (in Russian)]
19. Андреева И.Л., Гуров А.Н., Катунцева Н.А. Оценка показателей здоровья и условий труда медицинских работников. *Менеджер здравоохранения*. 2013; 8: 51–5.  
[Andreeva I.L., Gurov A.N., Katuntseva N.A. Otsenka pokazatelei zdorov'ia i uslovii truda meditsinskikh rabotnikov. *Menedzher zdoravookhraneniia*. 2013; 8: 51–5 (in Russian)]
20. Дьяченко В.Г., Костякова Т.А. Структура и характеристика заболеваемости с временной утратой трудоспособности врачей медицинских учреждений ДФО. *Качество науки – качество жизни*. 2011; 2: 100–3.  
[D'iachenko V.G., Kostakova T.A. Ctruktura i kharakteristika zaboлеваemosti s vremennoi utratoi trudospobnosti vrachei meditsinskikh uchrezhdenii DFO. *Kachestvo nauki – kachestvo zbizni*. 2011; 2: 100–3 (in Russian)]
21. Аверьянова Т.А., Потеряева Е.Л., Труфанова Н.Л. и др. Охрана здоровья медицинских работников в условиях модернизации здравоохранения. *Сиб. мед. обозрение*. 2012; 74 (2): 79–83.  
[Aver'ianova T.A., Poteriaeva E.L., Trufanova N.L. et al. Okhrana zdorov'ia meditsinskikh rabotnikov v usloviakh modernizatsii zdoravookhraneniia. *Sib. med. obozrenie*. 2012; 74 (2): 79–83 (in Russian)]
22. Калинин А.М., Кушунина Д.В., Горный Б.Э. Повышение качества диспансеризации взрослого населения как важный инструмент профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения. *Профилактическая медицина*. 2018; 21 (5): 22–7.  
[Kalinina A.M., Kusbunina D.V., Gornyi B.E. Povyshenie kachestva dispanserizatsii vzroslogo naseleniia kak vazhnyi instrument profilaktiki serdecno-sosudistykh zaboolevaniy v pervichnom zvene zdoravookhraneniia. *Profilakticheskaiia meditsina*. 2018; 21 (5): 22–7 (in Russian)]
23. Григорьева А.Н., Саввина Н.В., Григорьев Г.И. Здоровье медицинских работников г. Якутска. *Вестник Северо-Восточного федерального ун-та им. М.К. Аммосова*. 2011; 8 (4): 51–5.  
[Grigor'eva A.N., Savvina N.V., Grigor'ev G.I. Zdorov'e meditsinskikh rabotnikov g. Yakutska. *Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo un-ta im. M.K. Ammosova*. 2011; 8 (4): 51–5 (in Russian)]

## Информация об авторах / Information about the authors

**Ларина Вера Николаевна** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. поликлинической терапии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: [larinav@mail.ru](mailto:larinav@mail.ru)

**Глибко Кирилл Васильевич** – ассистент каф. поликлинической терапии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», врач общей практики общего медицинского персонала ГБУЗ ГКБ №13

**Касаева Диана Альбертовна** – зам. глав. врача ГБУЗ ГКБ №13

Статья поступила в редакцию / The article received: 23.08.2019

Статья принята к печати / The article approved for publication: 18.12.2019

**Vera N. Larina** – D. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: [larinav@mail.ru](mailto:larinav@mail.ru)

**Kirill V. Glibko** – Assistant, Pirogov Russian National Research Medical University, State Healthcare Institution №13

**Diana A. Kasaeva** – deputy head physician, State Healthcare Institution №13