

Умови професійної діяльності як фактор ризику виникнення та прогресування гіпертонічної хвороби у державних службовців

І.І. Цанько

ДУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гіпертонічна хвороба, фактори ризику, психоемоційне напруження, державні службовці

За даними ВООЗ, хвороби системи кровообігу витиснули інфекційні як провідну причину смерті та інвалідності, посівши перше місце у структурі захворюваності [33]. Це пов'язано з гіпертонічною хворобою (ГХ) – одним із найпоширеніших хронічних захворювань людини. За матеріалами епідеміологічних, клінічних та експериментальних робіт, підвищений рівень артеріального тиску (АТ) є одним із провідних факторів ризику серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань. Більшість авторів у своїх дослідженнях повідомляють про значний внесок ГХ у рівень захворюваності, смертності та інвалідності населення [20, 21]. Поширеність ГХ відрізняється в різних країнах світу [26, 28]. Вона залежить від професійної діяльності людей, характеру харчування, поширеності чинників ризику (надлишкової маси тіла, дисліппротеїнемії, рівня психоемоційного напруження) та шкідливих звичок (паління, вживання алкогольних напоїв тощо) [31].

У осіб з високим АТ у 3–4 рази частіше розвивається ішемічна хвороба серця (ІХС) і в 7 разів частіше – інсульт. Однак впровадження в багатьох країнах світу спеціальних профілактичних програм запобігання виникненню ГХ та її ускладнень сприяло істотному зниженню смертності від цих захворювань [25, 32].

Роботу присвячено аналізу даних літератури щодо впливу професійної діяльності на розвиток ГХ та її ускладнень. Застосовано такі методи: бібліосемантичний, аналітичний, контент-аналіз. Вивчено періодичні наукові та літературні джерела, науково-дослідні та дисертаційні роботи, накази та директиви МОЗ України та ВООЗ.

Фактори ризику виникнення ГХ поділяються на такі, що модифікуються (психоемоційне на-

пруження, надлишкова маса тіла, цукровий діабет, паління, надмірне вживання алкоголю, підвищене вживання кухонної солі), та фактори, які не модифікуються (стать, вік, спадковість) [2, 8, 11, 17, 18, 20, 29].

Важливий фактор ризику виникнення ГХ – ожиріння. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між АТ та масою тіла [12]. Результати численних досліджень показали, що зниження маси тіла лише на 10–15 % є важливим заходом профілактики розвитку ГХ та знижує смертність від ускладнень ГХ на 9 % [23].

Серед факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань велике значення має характер трудової діяльності, а саме умови праці, пов'язані з психоемоційними навантаженнями, фізичним перенапруженням, підвищеною загазованістю, шумом, вібрацією, несприятливими мікрокліматичними умовами. Тож, у працівників адміністративно-управлінського апарату наявні всі чинники виникнення ГХ та її ускладнень [16].

Доведено, що професійна діяльність працівників адміністративно-управлінського апарату пов'язана із впливом комплексу виробничих факторів, пріоритетними з яких вважають інтенсивні емоційні й інтелектуальні навантаження за нераціональної організації режиму праці та відпочинку, комунікативних перевантажень та шкідливих звичок [13].

Також на стан здоров'я впливають екологічно-гігієнічні характеристики робочих місць, які часто не є оптимальними. Рівні інтенсивності звуку часто перевищують допустимі (за рахунок сумації шумів від роботи оргтехніки). Загальна й місцева освітленість часто не відповідає нормам, газовий склад повітря містить шкідливі

домішки внаслідок виділень із меблів, оздоблювальних і будівельних матеріалів (формальдегід, фенол, аміак тощо), неоптимальної концентрації іонів (унаслідок роботи електроприладів), надмірно високої або низької вологості й температури [14].

Велику увагу в літературі приділяють поєднаному впливу на стан здоров'я розумового напруження й гіпокінезії [10].

Зростання темпу життя, значна інтенсифікація розумової праці при зниженні фізичних навантажень призводять до того, що мільйони людей перебувають у стресовому стані. Один із найпоширеніших – професійний стрес. При щоденному психоемоційному напруженні створюються передумови для розвитку психосоматичної патології, насамперед, серцево-судинної системи [19].

Психоемоційний стрес є, з одного боку, адаптаційною реакцією організму на вплив екстремальних факторів, а з другого – причиною виникнення преморбідних станів і психосоматичних захворювань [4]. Встановлено кореляційну залежність між захворюваністю на ГХ, ІХС, інфаркт міокарда та характером трудової діяльності, психоемоційними й інтелектуальними навантаженнями у працівників адміністративно-управлінського апарату [6].

Низкою досліджень доведено, що рівень АТ на робочому місці залежить від рівня психічного навантаження. Так, К. Kollmann та співавтори (1994), обстеживши 32 хворих на ГХ, встановили, що в осіб з високим психоемоційним навантаженням рівень АТ (як систолічного, так і діастолічного) під час робочого дня достовірно вищий, ніж у вихідні дні. Це стосується не тільки середньоденного рівня АТ, а й середньонічного й середньодобового АТ [7].

Серед психоемоційних стресових факторів, які впливають на людину під час виконання своїх професійних обов'язків, виділяють: низький соціально-економічний статус, нестійкість положення у соціальній ієрархії, диспропорцію між вимогами й можливостями прийняття рішень у процесі діяльності, високі витрати при низькій заробітній платі, а також сильну кар'єрну конкуренцію [24]. Крім того, бажання перейти з низького соціально-економічного шару в більш високий також може бути причиною хронічного стресу й призводити до розвитку ГХ. Дослідження, показали, що ризик розвитку артеріальної гіпертензії у групі осіб з вираженим

психологічним навантаженням, яке виникало в результаті прагнення кар'єрного зростання, був у 3–5 разів вищим, ніж у групі осіб, чий прагнення перебували в більшій згоді з їхнім соціальним становищем [30].

У 12-річному проспективному дослідженні доведено, що схильність до роздратування у хворих на ГХ призводить до статистично достовірного підвищення рівня смертності. В іншому дослідженні з періодом спостереження 3 роки в 3750 чоловіків віком 40–59 років вивчали зв'язок між ступенем психічного стресу й ІХС. У групі пацієнтів з ГХ та ІХС стрес, що посилюється, супроводжувався збільшенням рівня смертності від серцевої недостатності. У здорових чоловіків з нормальним АТ такого зв'язку не виявлено [10]. Є дані про те, що захворювання у керівників спостерігають у 3–5 разів частіше, ніж у підлеглих, що пояснюють більшою інтенсивністю праці керівників, яка пов'язана з необхідністю вирішувати складні управлінські ситуації [27].

Вплив психоемоційного стресу на розвиток та прогресування серцево-судинної патології обґрунтовано за п'ятьма ознаками: клінічними (головні болі, швидка втомлюваність), психологічними (підвищення розумової та фізичної виснаженості, розлади сну, нестійкість настрою), фізіологічними, ендокринологічними (підвищення рівня інсуліно-кортизолового індексу) та метаболічними (підвищення рівня адреналіну й норадреналіну в плазмі крові) [11].

Порушення психоемоційного стану у 72,1–95,1 % пацієнтів із серцево-судинною патологією спостерігають незалежно від нозології [19]. Проведений аналіз встановив, що вже у хворих на ГХ I стадії спостерігають зміни психоемоційного стану у вигляді тривожності та роздратованості, а при прогресуванні ГХ достовірно зростає можливість розвитку ендогенної депресії. Доведено, що в осіб з ІХС та післяінфарктним кардіосклерозом в анамнезі ознаки депресії достовірно переважають над виявами тривожності, що збігається з отриманими даними у хворих на ГХ III стадії. Таким чином, більш глибокі порушення психоемоційного стану у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями з більшою достовірністю виражені за наявності ускладненого перебігу хвороб системи кровообігу [10].

Професійна зайнятість на керівних посадах та державній службі збільшує ризик захворіти на

ГХ, тому за наявності ІХС та недотриманні заходів профілактики значно зростає ризик інвалідизації. Виникнення ГХ також залежить від стажу роботи понад 20 років та виду професійної діяльності (домогосподарки, керівні посади, державні службовці та пенсіонери). Емоційне напруження є провідним професійним чинником, який зумовлює порушення психоемоційного стану в 95 % осіб з ГХ та сприяє прогресуванню цього захворювання [1].

Отже, виникнення, швидкість прогресування, та ускладнення ГХ, можливо, пов'язані з особливостями несення державної служби. Адже, державна служба – це особливий вид людської діяльності, який характеризується комбінацією високих психологічних навантажень і досить часто низькою свободою у прийнятті рішень, сильною конкуренцією, невпевненістю у збереженні місця служби, часто нереалізованими кар'єрними можливостями, необхідністю прийняття багатьох відповідальних рішень при дефіциті часу тощо. Наслідками взаємодії таких чинників є психоемоційний стрес, розвиток тривожності та депресії, що призводить до виникнення психосоматичної патології, зокрема ГХ [15].

Вплив соціальних факторів на людину, що працює, багатогранний і може виявлятися стійкими функціональними змінами (пригніченням імунної системи, синдромом хронічної втоми), а також широким спектром соматичної та психосоматичної патології. Згідно з останніми даними, 40 % усієї захворюваності населення, яке працює, може бути тією чи іншою мірою пов'язано з проблемами на роботі, при цьому четверта частина перебуває в умовах вираженого професійного напруження [21].

Важливим у формуванні здоров'я виявилися рівень соціальної активності та зайнятості. Серед хворих на ГХ достовірно більша частка – особи, зайняті на керівних посадах або державні службовці. Серед хворих на ІХС не виявлено осіб, які навчаються або таких, що ніколи не працювали, при цьому такі категорії відзначено серед пацієнтів з ГХ. Частка пенсіонерів достовірно перевищує серед хворих на ГХ, а осіб з інвалідністю – при ІХС. Отже, виникнення ГХ залежить від стажу роботи та виду професійної діяльності [29].

Таким чином, професійна діяльність державних службовців здійснюється в умовах психоемоційного напруження, що призводить до прогресування та ускладнення ГХ і є причиною зни-

ження професійної працездатності, надійності і передчасної дискваліфікації. Необхідно враховувати специфічні чинники (біологічні і психологічні фактори середовища, ненормований робочий день, стаж роботи на державній службі), які також здатні суттєво впливати на функціональний стан і працездатність державних службовців.

Вивчення факторів ризику, особливостей умов праці та дотримання здорового способу життя у державних службовців, що хворіють на ГХ, а також впровадження сучасних економічно ефективних профілактичних заходів допоможе вирішити проблему прогресування ГХ та її ускладнень.

Література

- Амосова Е.Н. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в Украине: что сделано и что предстоит сделать? // Здоров'я України. – 2009. – № 3 (208). – С. 11.
- Буявых А.Г. Распространенность основных факторов риска у больных с гипертонической болезнью // Врачебное дело. – 1998. – № 10. – С. 13–16.
- Винокур И.Л. Здоровье населения и проблемы гигиенической безопасности. – Автореф. дис. ...д. мед. н. – М., 1998.
- Гаркави І.Х. Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакции активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. – М., 1998. – 122 с.
- Глезер Г.А., Глезер М.В. Артериальная гипертония. – М: Медицина, 1996. – 89 с.
- Дасаева Л.А., Вермель А.Е. Особенности психического статуса, умственной, физической работоспособности и показателей гемодинамики у здоровых и больных артериальной гипертонией, работающих в условиях психоэмоционального напряжения // Медицина труда и промышленная экология. – 1995. – № 1. – С. 13–15.
- Дудко Т.І. Обоснование гигиенических и реабилитационных мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у работников умственного труда. – Автореф. ... дис. ...канд. мед. наук. – М., 2004.
- Жарінов О.І. Модифікація ризику серцево-судинних ускладнень у хворих з артеріальною гіпертензією // Therapia. – 2007. – № 6. – С. 53–56.
- Ишутина Н.П., Раева Т.В., Юдина Н.В. Психотерапевтические аспекты реабилитации больных артериальной гипертонией // Сибирский мед. журн. Приложение. – 2005. – Т. 20, № 2. – С. 91–92.
- Каллистов Д.Ю., Романова Е.А., Сипко Г.В. Значение психофизиологических характеристик условий труда для формирования кардиоваскулярных факторов риска // Здоровье нации и здравоохранение: Материалы конгресса / Под ред. Г.Г. Онищенко, А.И. Потапова. – М., 2007. – С. 114–116.
- Корнацький В.М., Клименко В.І. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я: монографія. – К., 2009. – 176 с.
- Купчинская Е.Г., Лизогуб И.В., Волошина О.А. Коррекция факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных артериальной гипертонией // Здоров'я України. – 2007. – № 21/1 (додатковий). – С. 82–83.
- Мионов С.П., Арутюнов А.Т., Турзин П.С. Государственный служащий: профессиональное здоровье и долголетие. – М., 2006. – 352 с.

14. Миронов С.П., Серегин О.С., Рубцов С.Б. и др. Психологический портрет современного руководителя // Кремлевская медицина. – 1998. – № 4. – С. 26–29.
15. Нурдикулієва Н.І. Ризик виникнення артеріальної гіпертензії, зумовлений способом життя, у жителів агропромислового комплексу // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1–2. – С. 19–23.
16. Рушкевич О.Е., Боранова Н.А., Денисова Е.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у работников промышленных предприятий // Здоровье нации и здравоохранение: Материалы конгресса / Под ред. Г.Г. Онищенко, А.И. Потапова. – М., 2007. – С. 120–121.
17. Свiщенкo Є.П., Багрій А.Е., Ёна Л.М. та ін. Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. – 4-те вид. – К.: ПП ВМБ, 2008. – 80 с.
18. Сиренко Ю.Н., Кожухов С.Н., Смоланка В.И. и др. Сосудистые катастрофы – есть ли надежда для пациента высокого риска? По материалам конференции, 27 ноября 2008 г., Львов // Здоров'я України. – 2009. – № 1–2 (206–207). – С. 24–26.
19. Такаев Р.М., Кондрова Н.С., Симонова Н.И. Психосоциальные факторы у работников различных профессий: Материалы научной конференции, посвященной 120-летию ФНЦ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана, «Медицина труда и здоровье работающих» // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 5. – С. 8–9.
20. Чазов Е.И., Вихерт А.М., Метелица В.И. Эпидемиология ишемической болезни сердца // Кардиология. – 1972. – № 8. – С. 134–131.
21. Чазов Е.И., Вихерт А.М., Оганов Р.Г. Эпидемиология: основные причины сердечно-сосудистых заболеваний в СССР // Труды Академии мед. СССР. – Т. 1. – М.: Медицина, 1985. – С. 36–52.
22. Шаппо В.В., Симоненко В.Б., Широков Е.А. Организационные принципы профилактики инсульта // Военно-мед. журн. – 2008. – № 5. – С. 4–10.
23. Beusterien K.M., Steinwald B., Ware J.E. Jr. Usefulness of the SF-36 Health Survey in measuring health outcomes in the depressed elderly // J. Oeriatic Psychiat. Neurol. – 1996. – Vol. 9 – № 1. – P. 13–21.
24. Dressier W.W. Social class, skin color and arterial blood pressure in two societies // Ethnicity Dis. – 1991. – № 1. – P. 60–77.
25. Freis E. D. Improving treatment effectiveness in hypertension // Arch. I. Med. – 1999. – Vol. 159. – P. 2517–2521.
26. Geographical variation in the major riskfactors of coronary heart *dixs* in men and women aged 35-64 years. The Monica Project // World statistics quarterly. – 1998. – Vol. 41 (3/4). – P. 115–140.
27. Leonetti G. Arterial hypertension and dementia // Cardio- logia. – 1999. – № 44, (Suppl. I). – P. 271–273.
28. Muna W.F.T. Cardiovascular disorders in Africa // World statistics quarterly. – 1993. – Vol. 46 (2). – P. 125–133.
29. Roter D.R., Hall J.A., Mersica R. et al. Effectiveness of interventions to improve patients: a meta-analysis // Med. Care. – 1998. – Vol. 36. – P. 1138–1161.
30. Schnall P.L., Schwartz J.E., Landsbergis P.A. et al. Relation between job strain, alcohol, and ambulatory blood pressure // Hypertension. – 1992. – Vol. 19. – P. 488–494.
31. Stamler R., Shipley M., Elliott P. et al. Higher Blood Pressure mi with less education. Some Explanations from INTERSALT // Hypertension. – 1992. – Vol. 19, N 3. – P. 237–241.
32. US Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1991.
33. WHO, Evidence, Information and Policy, 2000 // Режим доступу: www.who.int/mip/2000

Надійшла 12.06.2012 р.

Terms of professional activity as risk factors of appearance and deterioration of arterial hypertension in civil servants

I.I. Tsanko

The contemporary review showing influence of professional activity factors upon appearance, deterioration and complications of arterial hypertension is provided. The article considers specific factors (viological and psychological conditions, non-fixed working day, duration of work) having significant influence upon functional state and working durability of civil servants.