© Н.Н. Петрухин, Бойко И.В., Гребеньков С.В., 2020 УДК 613.62:612.2

Оценка качества жизни медицинских работников с профессиональными заболеваниями

Н.Н. Петрухин 1,2 , Бойко И.В. 1,2 , С.В. Гребенько 2

¹ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора, 2-я Советская ул., д. 4, г. Санкт-Петербург, 191036, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Минздрава России, пр. Пискаревский, д. 47, г. Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация

Резюме: Введение. Качество жизни (КЖ) является интегральным понятием, характеризующим уровень комфортности общественной и природной среды для жизни и труда человека, уровень его благосостояния, социального, духовного и физического здоровья. В настоящее время расширяется число научных дисциплин, включающих это понятие в качестве объекта изучения. Цель исследования – изучить влияние на КЖ медицин-ских работников (MP), пострадавших от профессиональных заболеваний (ПЗ), системы проводившихся реабилитационных мероприятий, предусмотренных действующим федеральным законодательством в отношении указанной категории пациентов. Материалы и методы. В исследование по оценке изменения КЖ под влиянием реабилитационных мероприятии были включены 124 МР Северо-Западного федерального округа, у которых за период 2000-2017 гг. после установления диагноза ПЗ была составлена и исполнена полностью или частично программа реабилитации пострадавшего в результате ПЗ. Результаты исследования. По результатам исследования представлен анализ динамики показателей КЖ с оценкой состояния физического компонента и возможности выполнения определенных функций. Наиболее значимые изменения обнаружены для показателя «Концентрация внимания» (в среднем на 0,2; р = 0,0393) и показателя «Качество жизни» (в среднем на 0,2; р = 0,0256). По полученным результатам отмечается повышение КЖ менее чем у 40 % МР, проходивших реабилитацию при ПЗ, связанными с физическими перегрузками, в сравнении с группой МР, у которых выявлены инфекционные и аллертические ПЗ. Причем прирост показателя оказался сравнительно небольшим: на 0,2 по разнице средних величин при ожидаемом приросте хотя бы в 1–2 балла. *Выводы*. Неполная и непоследовательная реализация мероприятий системы медицинской и профессиональной реабилитации МР, пострадавших от Π^2 , приводит к недостаточно эффективному повышению КЖ указанного контингента пациентов. Для более существенного повышения КЖ у данного контингента MP требуется исправление недостатков при осуществлении указанных реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: качество жизни; оценка; профессиональные заболевания; медицинские работники. Для цитирования: Петрухин Н.Н., Бойко И.В., Гребеньков С.В. Оценка качества жизни медицинских работников с профессиональными заболеваниями // Здоровье населения и среда обитания. 2020. № 10 (331). С. 60–64. DOI: https://doi.org/10.35627/2219-5238/2020-331-10-60-64

Quality of Life Assessment in Healthcare Professionals with Occupational Diseases

N.N. Petrukhin^{1,2}, I.V. Boiko^{1,2}, S.V. Grebenkov²

¹North-West Public Health Research Center, 4 2nd Sovetskaya Street, Saint Petersburg, 191036, Russian Federation ²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 41 Kirochnaya Street, Saint Petersburg, 191015, Russian Federation

Summary. *Introduction*: Quality of life (QOL) is an integral concept characterizing the level of comfort of the social and natural environment for human life and work, the level of well-being and social, spiritual and physical health. Currently, the number of scientific disciplines that include this concept as an object of study is expanding. Our objective was to study the impact of the system of rehabilitation measures provided for by the current federal legislation in relation to this category of patients on the quality of life of healthcare professionals with occupational diseases. Materials and methods: We assessed QOL changes related to rehabilitation in 124 healthcare professionals of the North-West Federal District who received full or partial rehabilitation for occupational diseases in 2000–2017. Results: We analyzed the dynamics of QOL indicators and assessed physical condition and the ability to perform certain functions in our subjects. The most significant changes were established for such indicators as concentration of attention (by 0.2 on average; p = 0.0393) and quality of life (by 0.2 on average; p = 0.0256). We found an improved QOL in almost 40 % of healthcare professionals with occupational diseases related to physical workloads compared with the groups of occupational infection and allergy cases. Moreover, the increment was quite small (0.2 in terms of the difference in average values, with the expected growth of at least 1-2 points). Conclusions: Incomplete and inconsistent implementation of rehabilitation measures in healthcare professionals suffering from occupational diseases leads to an insufficiently effective increase in their quality of life. A better QOL improvement in these patients requires appropriate correction of

drawbacks in carrying out rehabilitation measures. **Keywords:** quality of life, assessment, occupational diseases, healthcare professionals. **For citation:** Petrukhin NN, Boiko IV, Grebenkov SV. Quality of life assessment in healthcare professionals with occupational diseases. Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya. 2020; (10(331)):60-64. (In Russian) DOI: https://doi.org/10.35627/2219-5238/2020-331-10-60-64

Author information: Petrukhin N.N., https://orcid.org/0000-0002-2795-9479; Boiko I.V., https://orcid.org/0000-0003-4008-7393; Grebenkov S.V., https://orcid.org/0000-0001-9379-4589.

Введение. Качество жизни (КЖ) является интегральным понятием, характеризующим уровень комфортности общественной и природной среды для жизни и труда человека, уровень его благосостояния, социального, духовного и физического здоровья [1-6]. В настоящее время расширяется число научных дисциплин, включающих это понятие в качестве объекта изучения. КЖ в зависимости от специфики трудовой деятельности исследовалось у различных категорий работников, в том числе у сотруд-

ников учреждений здравоохранения [6-10], но оценок его изменения у МР, пострадавших от ПЗ, в доступной литературе найти не удалось.

Задача оценки КЖ у МР, пострадавших от ПЗ, представляется нам актуальной и важной в связи с особенностями структуры профессиональной заболеваемости в здравоохранении и спецификой реабилитационных мероприятий в отношении пациентов, пострадавших от ПЗ [11]. Из ПЗ у МР в нашей стране наиболее часто регистрируются инфекционные (туберкулез,

гемоконтактные гепатиты), аллергические ПЗ (бронхиальная астма, дерматиты), а также заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (плечелопаточный периартроз, эпикондилез) и периферической нервной системы (полинейропатии верхних конечностей) [12-14]. Данные ПЗ вызывают ощутимые моральные страдания, как правило, приводят как к временной потере трудоспособности, так и к ее длительному стойкому снижению. У многих заболевших МР из-за ухудшения состояния здоровья часто возникает необходимость смены специальности, что сопровождается снижением уровня заработной платы. Все указанные явления, безусловно, снижают КЖ заболевших.

Для нивелирования описанных негативных последствий ПЗ в нашей стране с 2000 г. введена система обязательного социального страхования работников от несчастных случаев на производстве и ПЗ. С ней согласуется система последующей медицинской и профессиональной реабилитации для пациентов, пострадавших от ПЗ [12, 15-19]. Система гарантий и компенсаций, предусмотренная действующим законодательством (Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 № 125-ФЗ), включает, в частности, возмещение пострадавшим от ПЗ из средств фонда социального страхования стоимости медикаментозного и санаторно-курортного лечения, оплату переобучения для приобретения другой, не противопоказанной по состоянию здоровья, профессии или специальности, возмещение утраченного вследствие ПЗ заработка или его части [4, 17, 20].

Комплексная реализация такой программы реабилитации может, как представляется, в значительной степени компенсировать снижение КЖ, вызванное у МР большинством ПЗ. Но реальный эффект влияния указанных реабилитационных мероприятий на КЖ у МР, пострадавших от ПЗ, в Российской Федерации до сих пор не был оценен.

Цель исследования — изучить влияние на КЖ системы проводившихся реабилитационных мероприятий, предусмотренных действующим федеральным законодательством для MP, пострадавших от ПЗ.

Материалы и методы. В исследование по оценке изменения КЖ под влиянием реабилитационных мероприятий были включены МР Северо-Западного федерального округа, у которых за период 2000-2017 гг. после установления диагноза ПЗ была составлена и исполнена полностью или частично программа реабилитации пострадавшего в результате ПЗ. Из выбранных таким образом 124 МР 82 пациента (66,2 %) страдали профессиональным туберкулезом, 4 (3,2 %) — гемоконтактыми гепатитами, развившимися вследствие инфицирования в процессе работы. У 24 пациентов (19,3 %) были отмечены аллергические ПЗ (бронхиальная астма, аллергические дерматиты, ринопатия), и 14 (11,3 %) МР страдали от ПЗ, вызванных физическими перегрузками (миофиброзы, полинейропатии верхних конечностей и др.).

Для анкетирования пациентов использовался стандартизированный краткий опросник ВОЗ (WHOQOL-BREF). Сравнивались оценки КЖ, которые давали анкетируемые за периоды до и после начала реабилитационных мероприятий. Респондентам предлагалось по каждому пункту анкеты выбрать один из 5 вариантов ответа: «очень хорошо», «хорошо», «ни плохо, ни хорошо», «плохо», «очень плохо». При статистической обработке эти варианты ответов кодировались ранговыми числами в диапазоне от 1 до 5 соответственно.

Для описания центрального положения и разброса данных использовались медиана, верхний квартиль и нижний квартиль в формате «Ме [LQ; UQ]». Так как в основном использовалась порядковая шкала (шкала Ликерта), то для определения статистической значимости изменений использовался непараметрический критерий Вилкоксона. Для сравнения групп МР, проходивших реабилитацию, по качественным показателям использовался критерий хи-квадрат Пирсона. Критический уровень значимости нулевой гипотезы принимался равным 0,05. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10.

Результаты исследования. По результатам исследования представлен анализ динамики показателей КЖ с оценкой состояния физического компонента и возможности выполнения определенных функций при сопоставлении периодов до и после начала реабилитационных мероприятий в связи с выявленным ПЗ (табл. 1).

Статистический анализ показывает, что в рассматриваемый период времени только два из 26 показателей изменяются статистически значимо. Качество жизни по оценкам респондентов изменилось с трех баллов («ки плохо, ни хорошо») до четырех баллов («хорошо»), что может говорить об эффективности проведенных мероприятий. Несмотря на то, что статистический критерий показывает значимое изменение такого показателя, как «концентрация внимания», он остался на уровне четырех баллов («хорошо»). Такие результаты не позволяют интерпретировать произошедшие изменения как существенные.

Всего из MP, проходивших реабилитацию, улучшение КЖ (определенное по увеличению суммарной доли оценок «хорошо» и «очень хорошо») отметили 33,4 % пациентов. Процент MP, отметивших улучшение КЖ, был неодинаков в группах MP с различными группами ПЗ (табл. 2). Чаще всего улучшение КЖ отмечали MP с ПЗ от воздействия физических перегрузок (39,1 %) и инфекций (38,5 %), а меньше всего прирост КЖ отмечался у пациентов с аллергическими ПЗ (22,4 %), причем это различие оказалось статистически значимым ($\chi^2 = 36,01$; p = 0,0235).

По полученным результатам, отмечается повышение КЖ менее чем у 40 % МР, проходивших реабилитацию в связи с ПЗ, связанными с физическими перегрузками, в сравнении с группой инфекционных и аллергических ПЗ. Причем прирост показателя довольно небольшой (на 0,2 по разнице средних величин при ожидаемом приросте хотя бы в 1–2 балла).

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей КЖ у MP с оценкой физического состояния и возможности выполнения определенных функций до и после реабилитационных мероприятий

Table 1. Comparative characteristics of quality of life indicators in healthcare professionals with assessment of physical condition and ability to perform certain functions before and after rehabilitation measures

(integral indicator) Уступ (педгат indicator) 3,00 [3,00; 4,50] 3,00 [3,00; 5,00] Удовлетворенность здоровьем / Health satisfaction 3,00 [2,00; 4,00] 4,00 [2,50; 5,00] Физические боли / Physical pain 3,00 [2,00; 4,00] 4,00 [2,50; 5,00] Нуждаемость в медицинской помощи / Need for medical care 3,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Удовлетворение от жизни / Life satisfaction 3,00 [2,00; 5,00] 3,00 [2,00; 4,00] Осмысленность жизни / Meaningfulness of life 4,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Концентрация внимания / Concentration of attention 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 4,00] Чувство безопасности / Sense of security 4,00 [3,00; 4,00] 4,00 [3,00; 4,50] Физическая среда / Physical environment 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 5,00]	p 0,026 0,652 0,090 0,500 0,684 0,379 0,039 0,767 0,966 0,273
(integral indicator) 3,00 [2,00, 4,00] 4,00 [3,00; 3,00] Удовлетворенность здоровьем / Health satisfaction 3,00 [3,00; 4,50] 3,00 [3,00; 5,00] Физические боли / Physical pain 3,00 [2,00; 4,00] 4,00 [2,50; 5,00] Нуждаемость в медицинской помощи / Need for medical care 3,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Удовлетворение от жизни / Life satisfaction 3,00 [2,00; 5,00] 3,00 [2,00; 4,00] Осмысленность жизни / Meaningfulness of life 4,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Концентрация внимания / Concentration of attention 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 4,00] Чувство безопасности / Sense of security 4,00 [3,00; 4,00] 4,00 [3,00; 5,00] Физическая среда / Physical environment 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,652 0,090 0,500 0,684 0,379 0,039 0,767 0,966
Физические боли / Physical pain 3,00 [2,00; 4,00] 4,00 [2,50; 5,00] Нуждаемость в медицинской помощи / Need for medical care 3,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Удовлетворение от жизни / Life satisfaction 3,00 [2,00; 5,00] 3,00 [2,00; 4,00] Осмысленность жизни / Meaningfulness of life 4,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Концентрация внимания / Concentration of attention 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 4,00] Чувство безопасности / Sense of security 4,00 [3,00; 4,00] 4,00 [3,00; 4,50] Физическая среда / Physical environment 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,090 0,500 0,684 0,379 0,039 0,767 0,966
Нуждаемость в медицинской помощи / Need for medical care 3,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Удовлетворение от жизни / Life satisfaction 3,00 [2,00; 5,00] 3,00 [2,00; 4,00] Осмысленность жизни / Meaningfulness of life 4,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Концентрация внимания / Concentration of attention 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 4,00] Чувство безопасности / Sense of security 4,00 [3,00; 4,00] 4,00 [3,00; 4,50] Физическая среда / Physical environment 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,500 0,684 0,379 0,039 0,767 0,966
Удовлетворение от жизни / Life satisfaction 3,00 [2,00; 5,00] 3,00 [2,00; 4,00] Осмысленность жизни / Meaningfulness of life 4,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Концентрация внимания / Concentration of attention 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 4,00] Чувство безопасности / Sense of security 4,00 [3,00; 4,00] 4,00 [3,00; 4,50] Физическая среда / Physical environment 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,684 0,379 0,039 0,767 0,966
Осмысленность жизни / Meaningfulness of life 4,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00] Концентрация внимания / Concentration of attention 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 4,00] Чувство безопасности / Sense of security 4,00 [3,00; 4,00] 4,00 [3,00; 4,50] Физическая среда / Physical environment 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,379 0,039 0,767 0,966
Концентрация внимания / Concentration of attention 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 4,00] Чувство безопасности / Sense of security 4,00 [3,00; 4,00] 4,00 [3,00; 4,50] Физическая среда / Physical environment 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,039 0,767 0,966
Чувство безопасности / Sense of security 4,00 [3,00; 4,00] 4,00 [3,00; 4,50] Физическая среда / Physical environment 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,767 0,966
Физическая среда / Physical environment 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,966
Отрицательные переживания / Negative experiences 4,00 [3,00; 5,00] 3,00 [2,50; 5,00]	0.272
	0,273
Энергия / Energy 3,00 [2,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00]	0,272
Внешний вид / Арреагапсе 4,00 [2,00; 4,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,971
Достаток в деньгах / Material wealth 3,00 [2,00; 4,00] 4,00 [2,00; 5,00]	0,751
Доступность информации / Access to information 3,00 [2,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00]	0,185
Возможность отдыха / Leisure opportunity 3,00 [2,00; 4,00] 4,00 [2,00; 5,00]	0,571
Возможность добраться до нужных мест / Ability to get to the right places 3,00 [2,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00]	0,440
Удовлетворенность сном / Sleep satisfaction 3,00 [2,00; 4,00] 4,00 [3,00; 4,00]	0,919
Способность выполнять повседневные обязанности / Ability to perform daily duties 4,00 [3,00; 5,00] 3,00 [3,00; 5,00]	0,384
Удовлетворенность работоспособностью / Performance satisfaction 3,00 [2,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00]	0,522
Удовлетворенность собой / Self satisfaction 3,00 [3,00; 4,00] 3,00 [3,00; 4,00]	0,977
Удовлетворенность личными взаимоотношениями / Satisfaction with personal relationships 4,00 [3,00; 5,00] 3,00 [2,00; 4,00]	0,924
Сексуальная жизнь / Sex life 4,00 [3,00; 4,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,064
Поддержка друзей / Support from friends 4,00 [3,00; 5,00] 4,00 [2,00; 4,00]	0,586
Условия проживания / Living conditions 4,00 [2,50; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00]	0,828
Доступность медобслуживания / Access to healthcare 3,00 [2,00; 4,00] 4,00 [3,00; 5,00]	0,807
Удовлетворенность транспортом / Satisfaction with transport 4,00 [3,00; 4,00] 3,00 [2,00; 4,00]	0,161

Примечание: Me – медиана, LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль.

Notes: Me, median; LQ, lower quartile; UQ, upper quartile.

Таблица 2. Сравнительная характеристика показателей КЖ у MP с оценкой физического состояния и возможности выполнения определенных функций до и после реабилитационных мероприятий

Table 2. Comparative characteristics of quality of life indicators in healthcare professionals with assessment of physical condition and ability to perform certain functions before and after rehabilitation measures

Характер профессиональной патологии / Occupational disease type	Доля пациентов, отметивших улучшение качество жизни, % / Proportion of patients reporting improved quality of life, %
ПЗ от воздействия физических перегрузок / Occupational diseases related to physical workloads	39,1
Инфекционные ПЗ / Occupational infections	38,5
Аллергические ПЗ / Occupational allergies	22,4

Такой эффект, по нашему мнению, должен быть охарактеризован как умеренный. В первую очередь, этот результат может быть обусловлен невысокой эффективностью реабилитации. Как показал проведенный нами анализ, реализация мероприятий медицинской и профессиональной реабилитации сопровождалась рядом существенных недостатков, снижающих ее возможный положительный эффект.

Реализация указанных мероприятий, как правило, не была полной и комплексной. Из 124 МР, проходивших реабилитацию, нуждаемость в медикаментозном лечении была определена всем. Однако обеспеченность медикаментами в 48 % случаев носила нерегулярный характер,

что объяснялось отсутствием в определенные временные промежутки необходимых лекарств в перечне лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, либо отсутствием финансовых средств у региональных отделений ФСС на компенсацию стоимости необходимых пациентам медикаментов.

Санаторно-курортное лечение, наряду с медикаментозным, получали только 25 пациентов из 124. Наиболее типичными для пациентов с ПЗ были отказы в обеспечении путевками в санаторий за счет средств фонда социального страхования со ссылкой на то, что установленные

МР диагнозы не входят в число показаний к санаторно-курортному лечению 1. Эта ситуация обусловлена, в частности, терминологическими различиями в приказах Министерства здравоохранения разной тематики. Например, в нашей стране для обозначения ПЗ мышц рук массажиста от физических перегрузок, согласно действующему списку ПЗ2, должен использоваться диагноз «профессиональный миофиброз», но в показаниях к проведению санаторно-курортного лечения указаны миозиты. Разъяснения о том, что при профессиональном миофиброзе санаторно-курортное лечение, безусловно, показано, и что в прежней русскоязычной литературе по профпатологии, а также и ныне в большинстве других стран такой диагноз звучал бы как «профессиональный миозит» (англоязычный эквивалент occupational myositios), на практике обычно не принимаются во внимание. Кроме того, в течение ряда лет санаторно-курортным лечением не обеспечивались пациенты с патологией дыхательной системы, у которых дыхательная недостаточность достигала II степени.

Реализация на практике необходимых пациентам мер профессиональной реабилитации была еще ниже. Из 76 пациентов, нуждающихся в рациональном трудоустройстве, трудоустроены были только 7 пациентов (9,2 %), причем 3 МР (3,9 %) были трудоустроены с потерей квалификации.

Неполная и непоследовательная реализация МР, пострадавшим в результате ПЗ, показанных реабилитационных мероприятий привела к невысоким показателям их эффективности, что было определено по данным комплексного обследования при динамическом наблюдении пациентов в отделениях профпатологии. Из 124 пациентов, получавших реабилитационные мероприятия, положительная динамика в течении ПЗ, выражающаяся в снижении частоты обострений, меньшей степени выраженности клинических симптомов, была отмечена всего лишь у 28 пациентов (22,5%). У гораздо большей части пациентов, несмотря на проводившиеся реабилитационные мероприятия, регистрировалось неблагоприятное течение ПЗ. Так, отрицательная динамика в течении ПЗ с нарастанием степени функциональных нарушений, что сопровождалось повышением группы инвалидности и увеличением степени утраты трудоспособности, отмечена у 96 (77,5 %) пациентов.

Существенное прогрессирование ПЗ отмечалось у 36 (29 %) пациентов с бронхиальной астмой и легочным туберкулезом, у которых группа инвалидности была повышена с третьей до второй и степень утраты трудоспособности составила до 80 %. Данный факт может объясняться тем, что у большей части таких пациентов лечение проводилось нерегулярно (в 55 % случаев). Прогрессирование ПЗ от физических перегрузок у наблюдавшихся пациентов объясняется тем, что они не были рационально трудоустроены и продолжали

трудовую деятельность в условиях воздействия противопоказанных им вредных производственных факторов.

Таким образом, более чем у половины MP гарантированные федеральным законодательством реабилитационные мероприятия выполнялись не в полном объеме, и при этом доминирующей тенденцией в течении ПЗ, определенной по объективным показателям, было прогрессирование патологии. Такие негативные явления, возможно, могли вызвать ранее указанную негативную динамику показателя концентрации внимания.

Наряду с показателем «состояние здоровья» существенное влияние на КЖ МР оказывает и уровень материального обеспечения, особенно в случаях, когда развитие ПЗ влечет снижение или даже полную утрату привычного заработка. В связи с этим для всех пациентов с ПЗ, повлекшими снижение или утрату профессиональной трудоспособности, предусмотрены единовременные и ежемесячные страховые выплаты, которые должны, по логике разработчиков законодательных актов, компенсировать указанные последствия ПЗ. Но, как показал проведенный нами дополнительный опрос МР, пострадавших от ПЗ, для большинства пациентов (90 %) полученные результаты в отношении размера страхового возмещения не соответствовали ожидаемым и не компенсировали реальной потери заработка, обусловленной развитием ПЗ.

Выводы

1. Неполная и непоследовательная реализация мероприятий системы медицинской и профессиональной реабилитации МР, пострадавших от ПЗ, приводит к недостаточно эффективному повышению КЖ указанного контингента пациентов. Для более существенного повышения КЖ у данного контингента МР требуется исправление недостатков при осуществлении указанных реабилитационных мероприятий путем улучшения межведомственного взаимодействия между органами медико-социальной экспертизы, лечебно-профилактическими учреждениями и центрами профпатологии с целью планирования мероприятий по медицинской и профессиональной реабилитации пострадавшего от ПЗ работника.

2. Для реализации мероприятий по рациональному трудоустройству заболевшего работника необходимо участие служб занятости населения, так как от них должна поступать информация о вакансиях в учреждениях здравоохранения и условиях труда на этих рабочих местах.

3. При необходимости переобучения заболевшего для приобретения другой, не противопоказанной по состоянию здоровья, профессии или специальности, в системе реабилитации должны участвовать медицинские вузы и колледжи.

Информация о вкладе авторов: Концепция и дизайн исследования — Петрухин Н.Н.; сбор и обработка материала, статистическая обработка — Бойко И.В.; написание текста — Гребеньков С.В.

¹ За период времени, включенный в исследование, вступили в силу несколько приказов Министерства здравоохранения указанной тематики. В настоящее время действует приказ от 7 июня 2018 г. № 321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

² Приказ Минздрава России от 15 мая 2012 г. № 417н «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний».

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы (пп. 5, 6 см. References)

- 1. Айвазян С.А. Интегральные индикаторы качества жизни населения: их построение и использование в социально-экономическом управлении и межрегиональных сопоставлениях. М.: ЦЭМИ РАН, 2000. 118 с. 2. Бобков В.Н. Методологический подход Всероссийского
- центра уровня жизни к изучению и оценке качества и уровня жизни // Вестник Воронежского государственного университета. 2009. № 2. С. 26—36.

 3. Бушуев В.В., Голубев В.С., Тарко А.М. Качество жизни
- и его индексы: мир и Россия // Уровень жизни населения регионов России. 2010. № 1 (143). С. 12–24.
- Гурьянов М.С. Применение факторного анализа для оценки взаимосвязи здоровья, образа и качества жизни медицинских работников // Медицинский альманах. 2011. № 1. С. 21–23.
 Бакумов П.А. Зернюкова Е.А., Гречкина Е.Р. Качество
- жизни и состояние здоровья медицинских работников // Астраханский медицинский журнал. 2012. Т. 7. № 3. . 118-121.
- Володин А.В. Качество трудовой жизни руководителей
- волюдин А.Б. Качество трудовой жизни руководителей сестринских служб учреждений здравоохранения // Медицинский альманах. 2011. № 6. С. 38–42. Руженков В.А., Сергеева Е.А., Москвитина У.С. Качество жизни медицинских работников // Научные ведомости
- белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2013. № 18 (161). С. 23–32. 10. Солохина Л.В., Аветян К.Р., Салатник В.М. Уровень и качество жизни медицинских работников негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» на Дальневосточной железной дороге // Дальневосточный медицинский журнал. 2008. № 3. С. 102—104.

 11. Петрухин Н.Н. Социально-трудовая и медицинская реабилитация у медицинских работников с профессиональными
- заболеваниями // Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2019: материалы XVII Международного конгресса. М.: Изд-во РНИМУ, 2019. С. 43.
- 12. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика // Медицинская помощь. 2003. № 2. С. 25—29.
 13. Петрухин Н.Н., Логинова Н.Н., Андреенко О.Н. и др. Роль биофактора в формировании профессиональных заболеваний у работников здравоохранения // Гигиена и санитария. 2018. Т. 97. № 12. С. 1231—1234.
 14. Петрухин Н.Н., Андреенко О.Н., Бойко И.В. и др. Оценка медицинскими работниками степени влидния
- Оценка медицинскими работниками степени влияния их условий труда на развитие профессиональных забо-леваний // Медицина труда и промышленная экология. 2019. Т. 59. № 8. С. 463—467. 15. Сафиуллина Л.А. Профессиональный стресс и синдром
- выгорания у медицинских работников // Междуна-родный студенческий научный вестник. 2018. № 4-2. .305 - 309
- 16. Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Социальное функционирование и качество жизни врачей // Забайкальский медицинский вестник. 2012. № 2. С. 71–77.
- 17. Григорьев Ю.И. Организационно-правовые принципы осуществления реформ в сфере охраны здоровья насе ления (зарубежный опыт) // Медицинское право. 2007.
- № 2. С. 9—14.

 18. Гурьянов М.С. Образ и условия жизни медицинских работников // Вестник РУДН. 2009. № 4. С. 507—510.

 19. Лобанов Ю.Ф., Скударнов Е.В., Строзенко Л.А. и др. Качество жизни как проблема в здравоохранении. Современные тенденции // Международный журнал
- прикладных и фундаментальных исследований. 2018. № 5-1. С. 235—239. 20. Соболь Т.А. Современный уровень и качество жизни населения // Вестник Московского университета им. С.Ю. Витте. Серия 1: Экономика и управление. 2018. № 2 (25). C. 7-14.

References

- 1. Ayvazyan SA. [Integral indicators of quality of life: their construction and use in socio-economic management and interregional comparisons.] Moscow: TsEMI RAN Publ., 2000. 118 p. (In Russian). Bobkov VN. Academic school of All-Russian Life Level
- Center studying and evaluating quality and level of population

- life. Vestnik Voronezhskogo Gosudarstvennogo Universiteta. Seriya: Ehkonomika i Upravlenie. 2009; (2):26-36. (In Russian).
- Bushuev VV, Golubev VS, Tarko AM. [Quality of life and its indices: world and Russia.] *Uroven' Zhizni Naseleniya Regionov Rossii.* 2010; (1(143)):12-24. (In Russian). Guryanov MS. [Application of factor analysis to assess the state of the property of the of the control of th
- relationship between health, lifestyle and quality of life of medical workers.] *Meditsinskii Al'manakh.* 2011; (1):21-23. (In Russian).
- Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, *et al.* Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med.* 2005; 11(5):412-420. DOI: https://doi. org/10.1370/afm.1511
- Beaudoin LE, Edgar L. Hassles: their importance to nurses' quality of work life. *Nurs Econ.* 2003; 21(3):106-113.
- Bakumov PA, Zernyukova EA, Grechkina ER. The quality of life and the state of health in medical personnel. Astrakhanskii
- Meditsinskii Zhurnal. 2012; 7(3):118-121. (In Russian). Volodin AV. [Quality of working life of nursing service managers.] Meditsinskii Al'manakh. 2011; (6):38-42. (In Russian).
- Ruzhenkov VA, Sergeeva EA, Moskvitina US. Quality of life of medical workers. Nauchnye Vedomosti Belgorodskogo
- Gosudarstvennogo Universiteta. Seriya: Meditsina. Farmatsiya. 2013; (18(161)):23-32. (In Russian).

 10. Solokhina LV, Avetyan KR, Salahtnik VM. Quality of life and standards of living of medical personnel employed by Far Eastern Railway Health Service. Dal'nevostochnyi Meditsinskii Zhurnal. 2008; (3):102-104. (In Russian).
- 11. Petrukhin NN. Social and labor and medical rehabilitation of medical workers with occupational diseases. In: *Rehabilitation* and *Spa Treatment – 2019: Proceedings of the 17th International Congress.* Moscow: RNIMU Publ., 2019. P. 43. (In Russian).
- 12. Avkhimenko MM. Some risk factors in medical profession. *Meditsinskaya Pomoshch'*. 2003; (2):25-29. (In Russian).
 13. Petrukhin NN, Loginova NN, Andreenko ON, *et al.* The role
- of the biofactor in the formation of occupational diseases in healthcare workers. *Gigiena i Sanitariya*. 2018; 97(12):1231-1234. (In Russian). DOI: https://doi.org/10.18821/0016-9900-2018-97-12-1231-1234
- 14. Petrukhin NN, Andreenko ON, Boyko IV, *et al.* Selfassessment by medical workers of the degree of influence of working conditions on the development of occupational diseases. *Meditsina Truda i Promyshlennaya Ekologiya*. 2019; 59(8):463-467. (In Russian). DOI: https://doi.org/10.31089/1026-9428-2019-59-8-463-467
 15. Safiullina LA. [Occupational stress and burnout syndrome
- in healthcare professionals.] *Mezhdunarodnyi Studencheskii Nauchnyi Vestnik.* 2018; (4-2):305-309. (In Russian).

 16. Govorin NV, Bodagova EA. [Social functioning and quality of life of doctors.] *Zabaikal'skii Meditsinskii Vestnik.* 2012;
- (2):71-77. (In Russian).17. Grigor'ev YuI. [Organizational and legal principles for implementing reforms in the field of public health.] *Meditsinskoe*
- Pravo. 2007; (2):9-14. (In Russian).
 18. Gur'yanov MS. Way and conditions of living among the medical personals. Vestnik RUDN. 2009; (4):507-510. (In
- Russian).

 19. Lobanov YuF, Skudarnov EV, Strozenko LA, *et al.* [Quality of life as a problem in health care: current trends.] *Mezhdunarodnyi Zhurnal Prikladnykh i Fundamental nykh Issledovanii.* 2018; 5-1):235-239. (Ín Russian):
- 20. Sobol TA. Modern level and the living quality of the Russian population. Vestnik Moskovskogo Universiteta imeni S.Yu. Vitte. Seriya 1: Ekonomika i Upravlenie. 2018; (2(25)):7-14. (In Russian).

Контактная информация:

Петрухин Николай Николаевич, врач-профпатолог, ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора, аспирант кафедры медицины труда ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России e-mail: massage-piter@yandex.ru

Corresponding author:
Nikolay N. Petrukhin, occupational therapist, North-West Public Health Research Center of Rospotrebnadzor; postgraduate student, Department for Occupational Health, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Russian Ministry of Health e-mail: massage-piter@yandex.ru

Статья получена: 05.06.2020 Принята в печать: 07.10.2020 Опубликована 30.10.2020