



## Н. В. Гречківська

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика, м. Київ

# Про необхідність розробки критеріїв професійної придатності працівників із артеріальною гіпертензією

**Вступ.** Проблема хвороб системи кровообігу (ХСК) – одна з найважливіших у медичній науці та практичній охороні здоров'я. Згідно з офіційною статистикою МОЗ України, на артеріальну гіпертензію (АГ) хворіє близько 30,0 % дорослого населення країни. Від ХСК, за інформацією ВООЗ, померли 17,5 млн осіб, що становить 30,0 % усіх випадків смерті в світі. Експерти прогнозують, що до 2030 р. ішемічна хвороба серця (ІХС) і цереброваскулярні хвороби будуть головними причинами смерті населення у всьому світі, а показник смертності зросте до 23,4 млн осіб [5, 14, 19].

Як відомо, виникнення та перебіг АГ тісно асоційовані з наявністю таких чинників ризику, як вік, стать, спадковість, маса тіла, аліментарні чинники, куріння, психосоціальні чинники, соціально-економічний статус і фізична активність [16, 18].

Найбільш актуальною є проблема АГ в групах працездатного населення, що підлягають впливу несприятливих чинників виробничого середовища та трудового процесу (шум, вібрація, перевантаження та перенапруження, несприятливий виробничий мікроклімат тощо). Існують певні закономірності зв'язку характеру і частоти деяких ХСК із впливом умов праці: виробничі чинники впливають на серцево-судинну систему як безпосередньо, так і опосередковано – через зміни нервово-ендокринної регуляції кровообігу, під впливом шкідливих та небезпечних чинників виробничого середовища зростають частота і важкість захворювань серцево-судинної системи [3, 16].

Важливим є питання своєчасної діагностики професійних, виробничо-зумовлених та загальних захворювань, у тому числі гіпертонічної хвороби (ГХ), під час проведення профілактичного медичного огляду (ПМО) [9]. Основними обставинами і причинами виникнення професійних хвороб визнано недосконалість технологій, машин та інструментів (51,4–56,3 %), неефективність і відсутність засобів індиві-

дуального та колективного захисту (19,9–21,4 %), недосконалість робочих місць (2,9–3,1 %), відсутність і несправність санітарно-технічних установок (3,8–4,2 %), недотримання фізіологічно раціонального режиму праці та відпочинку, допуск до роботи осіб із неналежним станом здоров'я, несвоєчасне виявлення загальних захворювань, пізню діагностику професійних хвороб та деякі інші [8].

Питання професійної придатності працівника за умов дії шкідливих та небезпечних чинників виробничого середовища належить до компетенції лікарів-профпатологів, голів медичних комісій, які пройшли відповідну спеціалізацію з профпатології та мають певний професійний досвід [1, 2, 4, 6].

З метою своєчасної діагностики ГХ застосовуються методики, затверджені клінічними рекомендаціями з АГ Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension (ESH)) та Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology (ESC)) 2013 р., які передбачають лабораторні (визначення глюкози в плазмі натще, рівня загального холестерину, ліпопротеїдів низької та високої щільності, тригліцеридів, калію і натрію сироватки) та інструментальні (проведення ехокардіографії тощо) методи дослідження. Діагноз не можна уточнити і без добового моніторингу артеріального тиску (АТ) та серцевого ритму за допомогою холтеровського моніторингу, як важливої складової комплексного обстеження. Однак перелік лабораторних та функціональних методів обстеження працівника (ці) за програмою ПМО не передбачає зазначених методик. Його (її) автоматично скеровують на дообстеження у спеціалізований заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) для уточнення діагнозу [7, 10, 11, 13, 15].

Основним нормативним документом, який регламентує порядок проведення ПМО певних категорій, є наказ МОЗ України № 246 від 21 травня 2007 р. «Про затвердження Порядку проведення медичних

оглядів працівників певних категорій» [12]. Однак цей нормативний акт не визначає тактику прийняття рішення лікарем-профпатологом щодо розв'язання експертних питань за наявності у працівника певних клінічних варіантів АГ.

**Мета дослідження.** Розробити критерії професійної придатності працівників із АГ до роботи за умов дії шкідливих та небезпечних чинників виробничого середовища і трудового процесу з урахуванням загальних положень наказу МОЗ України № 246 від 21 травня 2007 р. «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій».

**Матеріал і методи дослідження.** Визначено критерії професійної придатності працівників з АГ до роботи за умов дії шкідливих і небезпечних виробничих чинників з урахуванням загальних медичних положень (дод. 6 до п. 2.15) наказу МОЗ України № 246 від 21 травня 2007 р. «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій». Аналіз показників загальної та професійної захворюваності проводили за результатами періодичних медичних оглядів осіб, що працюють у шкідливих та небезпечних умовах праці, на підставі результатів аналізу звітних бланків «Оперативної інформації», «Заключних актів за результатами періодичного медичного огляду», наданих 35 медичними комісіями м. Києва, які здійснювали ПМО осіб, що працюють у шкідливих та небезпечних умовах праці, впродовж 2009–2013 рр. Вивчали основні форми загальних з урахуванням МКХ-10 та професійних хвороб [5, 6]. Статистичні показники оцінювали методами параметричного аналізу з визначенням їх вірогідності. Проаналізовано наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів і стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».

Здійснено оцінку медичних висновків Центральної лікарсько-експертної комісії ДУ «Інститут медицини праці Національної академії медичних наук України» про наявність професійного характеру захворювання, які надійшли до Міського центру профпатології м. Києва. Для всіх пацієнтів ужито заходи щодо конфіденційності отриманої інформації відповідно до законів України, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину.

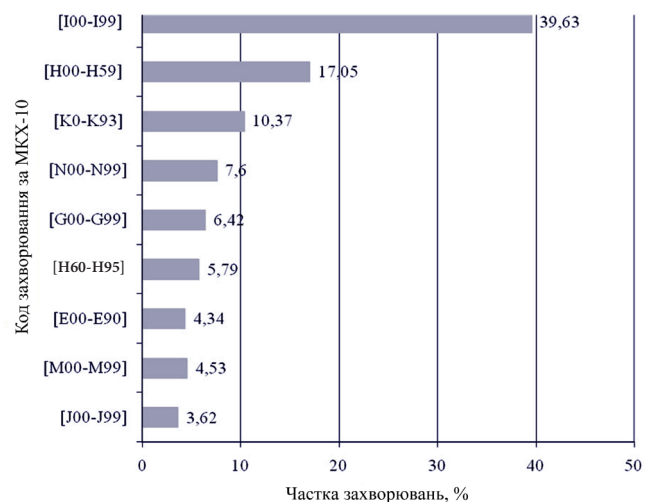
**Результати дослідження та їх обговорення.** Проаналізовано результати ПМО осіб, що працюють у шкідливих та небезпечних умовах праці, проведені ліцензованими на вид медичної практики за фахом «Професійна патологія» закладами охорони здоров'я різних форм власності. Станом на 01.01.2014 р. в м. Києві ПМО пройшли 50149 осіб що працюють на промислових підприємствах різних форм власності та підпорядкування 60,0 % загальної кількості працівників певних категорій), які підлягали проходженню ПМО.

Упродовж останніх років спостерігається загальна тенденція до зменшення загальної кількості осіб, що працюють на промислових підприємствах Києва. Проте, як свідчать показники динамічного спостереження, кількість працівників певних категорій на

підприємствах столиці збільшилась у 2013 р. на 36 179 тис. працівників (на 43,3 %) порівняно з 2009 р. через міграційні процеси. Частка жінок становила 33,0 % загальної кількості оглянутих.

Динаміка професійної захворюваності на підприємствах м. Києва свідчить, що впродовж останніх років професійна захворюваність знизилася (з 18 випадків у 2008 р. до 3 випадків у 2014 р.), що збігається із загальною тенденцією в Україні [1].

Загальні захворювання діагностовано у середньому у 30,5 % осіб, що працюють. Аналіз показників загальної захворюваності працівників м. Києва впродовж останніх років показав, що найбільшу частку серед виявлених захворювань становлять ХСК (39,63 %), хвороби ока та додаткового апарату (17,05 %), хвороби органів травлення (10,37 %), хвороби сечостатевої системи (7,6 %) (див. рисунок).



Структура виявленої загальної захворюваності працівників певних категорій м. Києва за результатами ПМО 2013 р.

У структурі виявлених ХСК частка АГ становить 42,3 % випадків, вегетативно-судинної дистонії – 31,4 %, ІХС – 20,8 %.

Аналіз отриманої інформації свідчить, що найкраще діагностуються загальні захворювання, в тому числі ХСК, медичними комісіями, які функціонують на базі державних ЗОЗ (див. таблицю).

З метою профілактики професійних захворювань, виникнення виробничо зумовлених та наростання важкості загальних захворювань наказ МОЗ України № 246 від 21 травня 2007 р. визначає перелік загальних медичних критеріїв недопуску працівників до роботи зі шкідливими та небезпечними чинниками виробничого середовища і трудового процесу. Перелік уміщено в додатку 6 до п. 2.15 наказу «Про затвердження порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій». Загальні захворювання, а також доповнення до них (дод. 4 і 5), які представлені до кожного пункту шкідливості та небезпечності у працівників певних категорій, стали підставою для визначення їх як критеріїв професійної придатності.

**Структура виявленої загальної захворюваності за МКХ-10 з урахуванням типу ЗОЗ, залучених для надання медичної допомоги**

| Групи хвороб за МКХ-10  | Державні ЗОЗ |       |      | Приватні ЗОЗ |       |     | Медико-санітарні частини |        |      |
|---|--------------|-------|------|--------------|-------|-----|--------------------------|--------|------|
|   | абс. к-ть    | P     | ±m   | абс. к-ть    | P     | ±m  | абс. к-ть                | P      | ±m   |
| [I00–I99] Хвороби системи кровообігу  | 4475         | 179,6 | 2,43 | 2583         | 161,6 | 2,9 | 1413                     | 152,81 | 3,74 |
| [J00–J99] Хвороби системи дихання   | 360          | 14,4  | 0,76 | 268          | 16,8  | 1,0 | 146                      | 15,79  | 1,30 |
| [G00–G99] Хвороби нервової системи  | 783          | 31,4  | 1,11 | 337          | 21,1  | 1,1 | 253                      | 27,36  | 1,70 |
| [K00–K93] Хвороби органів травлення   | 904          | 36,3  | 1,18 | 987          | 61,7  | 1,9 | 327                      | 35,36  | 1,92 |
| [N00–N99] Хвороби сечостатевої системи  | 192          | 7,7   | 0,55 | 564          | 35,3  | 1,5 | 81                       | 8,76   | 0,97 |
| [H60–H95] Хвороби вуха та соскоподібного відростка                                    | 402          | 16,1  | 0,80 | 710          | 44,4  | 1,6 | 127                      | 13,73  | 1,21 |
| [H00–H59] Хвороби ока та придаткового апарату   | 1882         | 75,5  | 1,67 | 912          | 57,1  | 1,8 | 850                      | 91,92  | 3,00 |
| [E00–E90] Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин | 460          | 18,5  | 0,85 | 306          | 19,1  | 1,1 | 162                      | 17,52  | 1,36 |
| [L00–L99] Хвороби шкіри та підшкірної клітковини                                      | 72           | 2,9   | 0,34 | 62           | 3,9   | 0,5 | 35                       | 3,79   | 0,64 |
| [M00–M99] Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини                      | 297          | 11,9  | 0,69 | 355          | 22,2  | 1,2 | 202                      | 21,84  | 1,52 |
| Усього виявлено:  | 10190        | -     | -    | 7499         | -     | -   | 3688                     | -      | -    |

**Примітка.** P – показник захворюваності на 1 000 пацієнтів.

До загальних медичних критеріїв недопуску (дод. 6, п. 8) віднесено й ГХ другої (кризовий перебіг) і третьої стадій. Із огляду на вимоги сучасної класифікації АГ, рекомендованої Європейським товариством гіпертензії та Європейським товариством кардіологів (2007), АГ класифікується за рівнем АТ, за ураженням органів-мішеней, має стадію гіпертензії та ступінь, але не має кризового перебігу. Тому формулювання та кодування діагнозу АГ лікарем-терапевтом під час проведення ПМО слід проводити згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», затвердженим наказом МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів та стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».

Отже, використовуючи визначені критерії професійної придатності працівників з АГ, лікар-профпатолог – голова медичної комісії має формулювати висновок щодо профпридатності за таким алгоритмом [2–4]:

1) За наявності у працівника АГ будь-якої стадії продовжувати роботу за умов дії локальної вібрації (дод. 4, п. 5.3.1), загальної вібрації (дод. 4, п. 5.3.2), виробничого шуму (дод. 4, п. 5.4), інфразвуку (дод. 4,

п. 5.6), підвищеного атмосферного тиску (дод. 4, п. 5.7), підвищеної температури повітря та роботи на відкритих майданчиках (дод. 4, п. 5.9), теплового випромінювання (дод. 4, п. 5.10), всіх видів підземних робіт (дод. 5, п. 4.1), роботи на висоті (1,5 м від поверхні ґрунту) та обслуговування підймальних механізмів (дод. 5, п. 1) заборонено (працівник підлягає раціональному працевлаштуванню і взяттю на диспансерний облік до відповідної диспансерної групи).

2) Усі ХСК, навіть за наявності компенсації, не дозволяють працювати у газорятувальній службі, гірничорятувальній службі, пожежній охороні (дод. 5, п. 9), аварійно-рятувальній службі з ліквідації надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру (дод. 5, п. 10).

3) За діагнозу «ГХ I–II стадій» слід віднести пацієнтів до відповідної диспансерної групи з проведенням обстеження в межах диспансерної програми раз на рік за місцем медичного обслуговування (за умов відсутності спеціальної потреби). Під час диспансерного нагляду проводять моніторинг рівня АТ та чинників ризику, контроль виконання рекомендацій лікаря, коригування рекомендацій та призначень, лабораторні (загальний аналіз крові та сечі) та інструментальні (електрокардіографія) дослідження.

4) За наявності медико-санітарної частини за місцем роботи працівника диспансеризацію здійснюють лікарі-терапевти цехової лікарської дільниці, за відсутності медико-санітарної служби – лікар загальної практики – сімейної медицини за місцем прикріплення працівника.

5) Для залучення до диспансерної групи пацієнтів лікар-терапевт медичної комісії особисто розмовляє з пацієнтом про необхідність лікування й інформує його про наслідки та ускладнення ГХ. Диспансерний нагляд проводиться за всіма пацієнтами з АГ для профілактики ускладнень за місцем медичного обслуговування. Режим праці та реабілітація хворих на ГХ I–II стадій вимагають повної відмови від роботи в нічний час, нормалізації режиму праці та відпочинку. Не рекомендуються будь-які роботи за умов дії шкідливих і небезпечних чинників виробничого середовища. Хворим показано санаторно-курортне лікування у профільних місцевих санаторіях відповідно до провідних клінічних проявів (крім лікування водами високого ступеня мінералізації та процедур, здатних підвищувати АТ).

6) Пацієнти з ГХ III стадії підлягають диспансерному амбулаторному спостереженню та лікуванню за місцем медичного обслуговування/проживання з обов'язковим залученням кардіолога (обстеження проводиться раз на рік). Під час диспансерного нагляду здійснюють моніторинг рівня АТ та чинників ризику, контроль виконання рекомендацій лікаря, підтримання мотивації, корекцію рекомендацій і призначень, лабораторні (загальний аналіз крові та сечі) та інструментальні (електрокардіограма) дослідження. За недостатньої ефективності амбулаторного лікування хворі підлягають стаціонарному лікуванню

в терапевтичному або кардіологічному відділенні за місцем медичного обслуговування/проживання. З метою виключити симптоматичну (вторинну) АГ голова медичної комісії, лікар-терапевт повинен скерувати пацієнта у профільне кардіологічне відділення або діагностичний центр із залученням відповідних спеціалістів для дообстеження, уточнення діагнозу та визначення тактики лікування. За виникнення ускладненого гіпертонічного кризу необхідна обов'язкова термінова шпиталізація в палату інтенсивної терапії відповідного профілю.

7) Режим праці та реабілітації хворих на ГХ ІІІ стадії вимагає скерування хворого на МСЕК через втрату працездатності. Хворим на АГ ІІІ стадії не рекомендується працювати в умовах надмірного охолодження й надмірно теплого мікроклімату, під прямими сонячними променями та іншими шкідливими й небезпечними чинниками виробничого середовища.

8) З метою зниження ризику виникнення загальних та виробничо зумовлених захворювань слід виконувати заходи первинної та вторинної профілактики, які передбачають дотримання санітарно-гігієнічних вимог щодо регламентації допустимих рівнів шкідливостей на робочому місці, раціональне використання засобів індивідуального та колективного захисту, впровадження принципу захисту часом (контрактна система) з доза-ефект залежності виникнення захворювань, системи навчання служб з охорони праці підприємств основ здорового способу життя, соціально-психологічної адаптації, збереження здоров'я працівників на робочому місці; обов'язкове проведення попереднього медичного огляду перед влаштуванням на роботу, а в процесі роботи – періодичного медичного огляду відповідно до вимог наказу МОЗ України № 246 від 21.05.2007 р. «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій».

9) Первинну профілактику АГ повинна організувати лікар-терапевт, профпатолог, який бере участь у проведенні ПМО, дотримуючись засад загальної профілактики серцево-судинних захворювань, які полягають у виявленні та корекції таких чинників ризику, як куріння, гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем.

10) Фармакологічне лікування передбачає вибір антигіпертензивних лікарських засобів, рекомендованих Європейським товариством гіпертензії та Європейським товариством кардіологів, із використанням діуретиків,  $\beta$ -блокаторів, антагоністів кальцію, інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту і блокаторів рецепторів ангіотензину.

11) Під час огляду пацієнтів лікар має провести вимірювання АТ, виявити чинники ризику, оцінити загальний серцево-судинний ризик та надати рекомендації щодо дотримання здорового способу життя.

12) У закладах, які надають вторинну медичну допомогу, проводяться заходи вторинної профілактики, спрямовані на уповільнення наростання важкості ураження органів-мішеней та запобігання ускладнень АГ. Як і за-

ходи первинної профілактики, вони полягають у досягненні цільового рівня АТ та корекції чинників ризику.

13) Якщо заходи первинної профілактики не були проведені у повному обсязі в закладах первинної медичної допомоги, рекомендації щодо профілактики надаються у закладах вторинної медичної допомоги.

Таким чином, розв'язання питання професійної придатності працівників певних категорій з АГ вимагає врахування критеріїв профпридатності до шкідливих та небезпечних умов праці та вимог наказу МОЗ України № 246 від 21.05.2007 р. «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій». Потребують подальшого вивчення впровадження методів діагностики АГ у формат лабораторно-інструментального обстеження працівників під час проведення ПМО та обов'язкова диспансеризація хворих з АГ за результатами проведення ПМО за місцем медичного обслуговування.

**Висновки.** За результатами медичних оглядів працівників певних категорій м. Києва виявлено, що найбільшу частку серед загальних захворювань становлять ХСК (39,62 %). Частка АГ становить 42,3 %, вегетативно-судинної дистонії – 31,4 % та ІХС – 20,8 %. Тому, з огляду на поширеність ХСК, у діагностиці та лікуванні АГ слід використовувати сучасні клінічні, лабораторні та інструментальні методи, згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», затвердженим наказом МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів і стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії», клінічних рекомендацій з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів 2013 р. Головам медичних комісій з проведення ПМО – лікарям-профпатологам, визначаючи професійну придатність працівника з АГ до професії за умов дії шкідливих та небезпечних виробничих чинників, слід використовувати критерії професійної придатності згідно з наказом МОЗ України № 246 від 21 травня 2007 р. «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» і формувати групи диспансерного спостереження.

З метою профілактики та зниження ризику виникнення загальних, виробничо зумовлених та професійних захворювань, потрібно дотримуватися санітарно-гігієнічних вимог, що регламентують допустимі рівні виробничих норм на робочому місці; раціонально використовувати засоби індивідуального та колективного захисту; впроваджувати принцип захисту часом (контрактна система) з доза-ефект залежності виникнення хвороб, систему навчання адміністрації, служб охорони праці підприємств основ здорового способу життя, соціально-психологічної адаптації, збереження здоров'я на робочому місці тощо. Вимагають подальшого вдосконалення нормативні акти щодо експертизи професійної придатності та працездатності працівників певних категорій з наявними загальними та професійними хворобами.

Список літератури

1. Басанець А. В. Профзахворюваність – актуальна проблема сучасності / А. В. Басанець, І. П. Лубянова, Д. П. Тимошина // Охорона праці. – 2011. – № 2. – С. 42–45.
2. Гречковская Н. В. Экспертиза профессиональной пригодности работающих с артериальной гипертензией в условиях воздействия вредных и опасных факторов производственной среды / Н. В. Гречковская // Научная дискуссия: вопросы медицины: сб. ст. по материалам 28-й междунар. заоч. науч.-практ. конф. – М., 2013. – № 7 (14). – С. 109–114.
3. Гречківська Н. В. Профілактика та експертиза професійної придатності працівників певних категорій хворих на артеріальну гіпертензію / Н. В. Гречківська // Український журнал з проблем медицини праці. – 2013. – № 2 (35). – С. 16–22.
4. Гречківська Н. В. Експертиза професійної придатності працівників певних категорій при наявності захворювань серцево-судинної системи / Н. В. Гречківська // Інноваційні технології профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в амбулаторно-поліклінічній практиці: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. – К., 2012. – С. 134–136.
5. Горбась І. М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань / І. М. Горбась // Артеріальна гіпертензія. – 2008. – № 2 (2). – С. 13–18.
6. Дорогой А. П. Термін виконання «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» закінчився, проблеми залишилися. Що далі? / А. П. Дорогой // Артеріальна гіпертензія. – 2011. – № 3 (17). – С. 29–36.
7. Коваленко В. М. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / В. М. Коваленко, Ю. М. Сіренко, А. П. Дорогой // Український кардіологічний журнал. – 2010. – Дод. 1. – С. 3–12.
8. Кундієв Ю. І. Стратегія забезпечення безпечних умов праці і збереження здоров'я працюючих в Україні на 2006–2010 роки / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, В. І. Чернюк // Український журнал з проблем медицини праці. – 2005. – № 3–4. – С. 4–10.
9. Кундієв Ю. І. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна. – К. : Авіценна, 2006. – 316 с.
10. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
11. Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. «Стандарти надання допомоги кардіологічним хворим».
12. Наказ МОЗ України № 246 від 23.05.2007 р. «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій».
13. Наказ МОЗ України № 795/75 від 03.11.2009 р. «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)».
14. Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям, 2012 г. Женева, ВОЗ.
15. Сіренко Ю. М. Клінічні рекомендації з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів. 2013 р. / Ю. М. Сіренко // Артеріальна гіпертензія. – 2013. – № 4 (30). – С. 5–160.
16. Трахтенберг І. М. Хімічні фактори виробничого середовища і серцево-судинна система / І. М. Трахтенберг, Е. А. Бабаян, К. А. Кандарян. – Єреван, 1992. – сторінки.
17. ADVANCE Collaboration // Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 829–840.
18. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. – Geneva : World Health Organization, 2011. – сторінки
19. Mathers C. D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 / Mathers C. D., Loncar D. // PLoS Med. – 2006. – Vol. 3, N 11. – P. 442.

Стаття надійшла до редакції журналу 18 березня 2015 р.

## Про необхідність розробки критеріїв професійної придатності працівників із артеріальною гіпертензією

Н. В. Гречківська

Обговорюється тактика визначення професійної придатності працівників з артеріальною гіпертензією під час проведення профілактичних медичних оглядів. Розроблені критерії професійної придатності працівників певних категорій з артеріальною гіпертензією з урахуванням вимог наказу МОЗ України № 246 від 21.05.2007 р. «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій». Наведено структуру загальної захворюваності працівників м. Києва за результатами профілактичних медичних оглядів. Запропоновані заходи профілактики.

**Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, шкідливі та небезпечні чинники виробничого середовища, професійні хвороби, профілактика, експертиза професійної придатності.

## On the Necessity of Development of the Criteria of Professional Suitability of the Workers with Arterial Hypertension

N. Grechkivska

The problem of cardiovascular diseases is one of the most important in medical science and practical public health. The most urgent problem of hypertension is in groups of working population suffering from the harmful factors of production environment and labor process such as noise, vibration, harmful industrial climate and so on.

To develop a criteria for professional competence of employees with hypertension working under the harmful and dangerous factors of production environment and labor process.

Were defined the criteria for professional competence of employees with hypertension to work in harmful and hazardous production conditions considering the general health provisions (Annex 6 to n. 2. 15) of the Order of the Ministry of Health of Ukraine number 246 of 21 May 2007 "On approval of the medical examination of certain categories of workers". The analysis of the general and occupational morbidity was held on the results of the periodic medical examinations of workers in hazardous and dangerous conditions of Kyiv.

The dynamics of the occupational diseases in the enterprises of Kyiv shows that in recent years there was a decrease of occupational diseases which is consistent with the general trend in Ukraine. General diseases were diagnosed in 30,5 % of employees. The analysis of the total morbidity of workers in Kyiv in recent years shows that the largest share of the identified diseases are the cardiovascular diseases (39,63 %). In order to prevent the occupational diseases, the emergence of industrial-caused diseases and increase the severity of common diseases, order number 246–2007 specifies a list of general medical criteria of non-admission to work in hazardous and dangerous conditions of production and labor process. These common diseases and amendments thereto (Annex 4 and 5), which are presented to each item of harm and danger to certain categories of workers and became the basis for determining them as proficiency criteria.

Under the results of medical examinations of certain categories of workers in Kyiv it was found that the largest share among the identified common diseases occupy the cardiovascular diseases. Was determined the suitability of an employee with arterial hypertension to the profession in harmful and dangerous production conditions, using the criteria of professional competence pursuant to the Order of the Ministry of Health of Ukraine № 246 of May 21, 2007. In order to prevent and reduce the risk of general, production conditioning and occupational diseases it is necessary to follow the sanitary requirements governing the permitted levels of hazards and dangerous factors in the workplace.

**Keywords:** hypertension, occupational factors, harmful and dangerous occupational factors, prevention, examination of proficiency.