

## ВНИМАНИЕ, НА ПРИЕМЕ ВОДИТЕЛЬ АВТОТРАНСПОРТА

**А. Эльгаров**, доктор медицинских наук, профессор,  
**М. Калмыкова**, кандидат медицинских наук,  
**М. Эльгаров**, кандидат медицинских наук  
Кабардино-Балкарский государственный университет  
им. Х.М. Бербекова, Нальчик  
**E-mail:** maratusnn@mail.ru

*Среди водителей распространены артериальная гипертензия (АГ), нарушения ритма сердца, значительны факторы риска атеросклероза. Рассматриваются влияние этой патологии на качество профессиональной работоспособности и безопасность дорожного движения, а также вопросы вторичной профилактики АГ у водителей.*

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, фармакотерапия, качество управления транспортом, дорожно-транспортные происшествия.

**В**одители автотранспорта (ВА) – большая по численности профессиональная группа, объединяющая представителей одной из операторских профессий, обеспечивающая решение ряда народно-хозяйственных задач. Состояние их здоровья, психосоматического статуса вкупе с иными параметрами определяют качество и надежность управления транспортными средствами. В РФ, как и во многих странах мира, наблюдается «эпидемия» дорожно-транспортных происшествий (ДТП), что сопровождается значительными социально-экономическими последствиями, а также увеличением каждый год числа ДТП и числа пострадавших в них (погибших и раненных). При этом абсолютное большинство дорожных событий связаны с человеческим фактором – ВА и другими участниками дорожного движения (пешеходы).

Состояние психосоматического здоровья ВА, наличие у них различных хронических неинфекционных заболеваний, применение легальных и нелегальных лекарственных средств, употребление алкоголя во многом влияют на качество управления автотранспортом. Накопленный опыт исследований российских [4, 9, 11–13] и зарубежных [14, 15] авторов в области автодорожной медицины демонстрирует возможность рационального управления дорожным движением и его оптимизации, прежде всего с целью предупреждения ДТП. При этом бесспорно, что ключевая фигура и основное звено дорожного движения – это ВА и их профессионально значимые функции и качества (ПЗФК), а также психосоматический статус и состояние здоровья, определяющие качественное управление транспортом [12, 13].

Выполненные нами комплексные исследования [7, 11, 12] выявили, во-первых, довольно высокую распространенность у ВА артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), нарушений ритма сердца (НРС); во-вторых, обнаружено негативное влияние указанных заболеваний на систему оперативного реагирования – ПЗФК, о чем свидетельствовали достоверное ( $p < 0,01$ ) увеличение времени латентной и моторной реакции, а также скорости слежения за движущимся объектом; в-третьих, антигипертензивная (АГТ) и антиаритмическая терапия ВА с АГ и НРС оказывала раз-

нонаправленное влияние на индивидуальные ПЗФК. Полученные результаты позволили считать, что указанные болезни у ВА связаны с особенностями их трудовой деятельности, т.е. являются заболеваниями, обусловленными профессией (стресс) [6, 10, 12]. Вместе с тем лекарственные средства при ряде патологических состояний на фоне достижения терапевтического эффекта приводили к угнетению (снижению) системы персонального оперативного реагирования ВА, что вкупе с иными факторами может отрицательно сказываться на профессиональных качествах ВА и увеличивать риск ДТП [3, 5, 9, 14, 15].

Таким образом, особенности профессиональной деятельности ВА, как показано в ряде работ, влияют на состояние их здоровья с формированием ряда заболеваний. Кроме этого, комплексная длительная фармакотерапия ВА с АГ, например, может сопровождаться угнетением и (или) снижением системы оперативного реагирования, что расценивается как управляемый фактор риска (ФР) ДТП – возникновение жизнеугрожающих состояний со всеми значительными медико-социальными последствиями (смерть, ранения, увечья).

Подчеркнем, что сказанное имеет существенное значение также в железнодорожной и авиационной медицине. Накопленный опыт научно-практических комплексных исследований специалистов указанных областей транспортной медицины, а также специфика (внутриведомственная) реального контроля уровня психосоматического здоровья машинистов локомотивов, их помощников, а также летчиков позволили разработать и внедрить практические рекомендации по диагностике (ранней), а также первичной и вторичной профилактике АГ, постоянному и длительному наблюдению лиц указанных профессий [1, 5, 8].

С ВА ситуация более сложная и менее управляемая из-за различных форм собственности (государственные и индивидуальные автопредприятия), отсутствия в последние годы системы медицинского контроля или недостаточный его уровень, касающийся психосоматического статуса шоферов, включая психосоциальные особенности, стиль поведения и специфику образа жизни, наличие различных хронических неинфекционных заболеваний, вредных привычек (употребление алкоголя, психоактивных препаратов), низкий уровень мотивации быть здоровым и, соответственно, отсутствие желания контролировать регулярно общесоматическое состояние, особенно после лечения (в том числе и после оперативного вмешательства). К сожалению, на автопредприятиях не сохранились наработанные за предыдущие годы эффективные формы динамического контроля состояния здоровья ВА (предрейсовый контроль, шоферские комиссии, центры здоровья, кабинеты психологической разгрузки и др.) или подобные меры осуществляются формально и нерегулярно.

Таким образом, практикующим врачам следует помнить, во-первых, о бесспорном негативном влиянии производственной деятельности ВА на состояние их здоровья (постоянное выраженное психоэмоциональное напряжение, значительный психосоциальный стресс); и, во-вторых, о том, что отдельные терапевтически эффективные лекарственные средства отрицательно воздействуют на систему оперативного реагирования индивида, ухудшая его, что может сопровождаться повышением риска возникновения ДТП (как правило, их влияние сказывается также на состоянии психосоматического здоровья и качестве управления автотранспортом).

Считаем необходимым ознакомить практикующих врачей с результатами ряда осуществленных нами [1, 2, 4, 7, 9–13] научно-практических проектов.

В течение 1986–2010 гг. выполнены эпидемиологические исследования в 2 группах: 1-я (основная) – 7002 ВА; 2-я (контрольная) – 7104 лица неводительских профессий. На 1-м этапе (1986–1989) в исследовании участвовали соответственно 2264 и 2562 обследованных; на 2-м (1992–1995) – 1213 и 1359, на 3-м (1999–2001) – 1191 и 678, на 4-м (2005–2007) – 1086 и 1293 и на 5-м (2008–2010) – 1248 и 1212 человек. АГТ была проведена 466 ВА с АГ и сочеталась с медицинским просвещением. Она включала применение следующих препаратов: рамиприл (триаце – 2,5 мг 1 раз утром; n=46), атенолол (25 мг 1 раз утром; n=46), диротон (лизиноприл – 10 мг 1 раз в день; n=58), теветен (эпросартан 600 мг 1 раз; n=58); исадипин (ломир – по 2,5 мг 2 раза в день; n=32); клофелин (по 0,075 мг 3 раза в день; n=42), эстулик (по 1 мг 2 раза в день; n=34); трандолаприл (гоптен – по 1 мг 2 раза в день; n=34); небилет (5 мг; n=36 ВА с АГ и нарушениями ритма сердца) + пропафенон (600 мг 1 раз) при приступе нарушений ритма сердца – экстрасистолической, пароксизмальной тахикардии; сочетание небилета (5 мг 1 раз утром) с индапом (1 раз утром; n=45), теветен (600 мг 1 раз утром) в сочетании с индапом (1 раз утром; n=37). При этом у пациентов 2 последних групп была АГ I (n=19), II (n=40) и III (n=23) степени с кардиоваскулярными осложнениями – гипертонические кризы, нарушения ритма сердца, стенокардия напряжения, преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК). Результаты АГТ у ВА с АГ обычного и прогрессивного течения наряду с динамикой общеклинических и инструментальных показателей – методика суточного мониторирования АД (СМАД) и ЭКГ (СМ ЭКГ) [2, 12] – оценивали путем психофизиологического тестирования хронорефлексометрическим методом (КХР-1) с регистрацией времени (с) латентного и моторного периодов зрительно-моторной реакции, слежения за движущимся объектом, числа ошибок при выборе цвета в сложной реакции, характеризующих ПЗФиК индивида.

Распространенность АГ, ФР атеросклероза, охват АГТ и ее эффективность в динамике представлены в табл. 1.

В целом, как следует из табл. 1, частота АГ и ФР атеросклероза имела тенденцию к росту. При этом настораживают сохраняющаяся низкая информированность о болезни, неудовлетворительный охват каким-либо лечением и эффективность последнего у ВА. Очевидно, что своевременно не диагностированная и тем более нелеченная АГ представляет реальную угрозу возникновения внезапных неотложных состояний и ДТП. За период наблюдения частота АГ выросла в 1,5 раза, информированность о АГ и охват эффективным лечением остались низкими, частота основных ФР увеличилась (p<0,05). Сравнение в динамике результатов эпидемиологических исследований у ВА и в контроле (см. табл. 1) выявило существенное преобладание АГ, а также отдельных ФР атеросклероза и их сочетаний в основной группе p<0,05), свидетельствующее о формировании у обследованных значительного сердечно-сосудистого риска и кардиоваскулярных осложнений, вплоть до жизнеугрожающих или внезапной сердечной смерти [7, 10, 12].

Исследования продемонстрировали рост частоты АГ и ФР атеросклероза, явно недостаточный медико-психологический контроль при повышенном уровне АД, нежелание выполнять рекомендации врачей и сотрудничать. Несмотря на реальные (с учетом достижений в области гипертензиологии) возможности коррекции высокого уровня АД, эффективное управление АГ среди шоферов оказалось явно недостаточным: лишь 8,5–15,0% лиц с АГ выполняют рекомендации и лечатся, при этом целевые уровни АД достигаются лишь у половины из них (47,9%).

Динамическое наблюдение выборки (15%) ВА с АГ в течение 1997–2007 гг. и анализ комплекса медико-социальных и психологических параметров выявили ряд важных обстоятельств и факторов, определяющих особенности течения болезни, – прогрессирующее (поражение органов-мишеней), развитие кардиоваскулярных осложнений – гипертонических кризов (71,4%), нарушений ритма сердца (59,6%), сте-

Частота АГ, отдельных ФР и их комбинаций у ВА и лиц контрольной группы 20–59 лет

Таблица 1

Этап	Группа	АГ	Знали о болезни	Лечились	Эффективно	ФР					Сочетание ФР	
						гипертрофия левого желудочка	алкоголь	курение	ИМТ	низкая физическая активность		дислипидемия
1-й	Основная	27,2*	34,0	20,5	15,9	22,0	87,6*	74,0	19,0	62,8	–	65,7*
	Контрольная	24,0	39,0	39,8	27,6	21,5	64,7	69,0	17,8	58,0	–	50,9
2-й	Основная	32,8*	38,9	29,0	15,5	24,0	87,5	67,2	17,5	70,7	26,8	67,3*
	Контрольная	28,0	47,6	51,1	30,3	13,0	84,6	65,0	14,9	27,8	22,7	49,8
3-й	Основная	37,9*	39,2	15,7	11,7	26,0	82,7*	68,9	15,2	70,7	–	66,8*
	Контрольная	27,1	48,6	51,1	38,4	17,9	64,6	55,0	10,9	30,8	–	51,3
4-й	Основная	40,0**	36,0	17,0	9,0	53,3*	88,8*	78,4	24,6	95,8	38,5*	69,8*
	Контрольная	27,6	51,6	51,1	38,4	30,6	63,0	66,1	21,0	67,0	16,3	52,8
5-й	Основная	38,0**	30,9	20,0	11,5	19,8	86,6	86,0	18,6	83,3	24,1*	68,2*
	Контрольная	22,8	46,2	41,8	39,5	16,0	81,8	78,5	8,8	88,7	16,7	53,7

Примечание. на 1-м и 3-м этапах ДЛП не изучали; \* – p<0,05, \*\* – p<0,01.

нокардии напряжения (47,2 %), инфаркта миокарда (ИМ, 9,7%), острых (14,8%) и преходящих нарушений мозгового кровообращения (66,7%), хронической сердечной недостаточности (ХСН, 29,7%), нарушение работоспособности (37,8%), вплоть до инвалидизации и декомпенсации (32,6%). В абсолютном большинстве случаев (76,9%) прогрессирующее течение АГ среди ВА было обусловлено отсутствием рациональной (15,7%) и постоянной (49,3%) АГТ, обусловленной низкой мотивацией выполнять комплексные рекомендации (нелекарственные и медикаментозные методы контроля АГ), а также влиянием специфики и характера профессиональной деятельности (постоянное психоэмоциональное напряжение с формированием хронического психосоциального стресса) [4, 7, 9, 12].

Важное практическое значение имели результаты АГТ ВА с АГ в течение периода наблюдения (табл. 2).

Как следует из табл. 2, АГТ у ВА с АГ рамиприлом и ателололом выявила в целом эффективность соответственно у 77,4 и 91,6% обследованных, побочные эффекты отмечались соответственно в 23,9 и 10,9% случаев. При этом сонливость и вялость обнаружены у 6 (13,0%) из 46 принимавших рамиприл (3 ВА в связи с этим исключены из мониторинга). Основные параметры КЖ благодаря терапии ателололом улучшились; использование рамиприла не изменило показатели КЖ. Принципиальное значение имеют результаты психофизиологического тестирования (ПФТ) ВА после АГТ рамиприлом: к завершению наблюдения (после 3 мес) обнаружено увеличение времени латентной и моторной реакции, а также снижение скорости слежения за движущимся объектом ( $p < 0,05$ ) ВА, что демонстрирует ухудшение ПЗФиК. Использование ателолола улучшило параметры системы оперативного реагирования шоферов ( $p < 0,05$ ), что имеет важное прикладное значение для обеспечения необходимого уровня их профессиональной работоспособности. Представленные данные доказывают возможность отрицательного (негативного) влияния антигипертензивных препаратов на операторские функции, в том числе у ВА [2, 4, 9, 11, 12].

Оценка АГТ диротонем и теветеном выявила значительную эффективность применения блокатора АГ-рецепторов у 94,8%, а фармакотерапия диротонем оказалась результатив-

ной у 81,0% ВА с АГ I и II степени. Наряду с этим из-за побочных эффектов (сонливость, сухой кашель) 5 (8,6%) пациентов отказались от дальнейшего использования диротона. При этом ПЗФиК после фармакотерапии диротонем увеличился ( $p < 0,05 < 0,01$ ); отрицательная динамика зависела от выраженности АГ и варианта ее течения, что характеризует снижение качества профессиональной деятельности шоферов. Применение теветена сопровождалось благоприятными изменениями ПЗФиК ВА – укорочением времени латентной и моторной реакции, а также скорости слежения за движущимся объектом ( $p < 0,01$ ), что указывало на улучшение операторских функций, т.е. безопасность и эффективность АГТ эпросартаном.

Сравнительные клинические испытания исрадипина, клофелина, эстулика и трандолаприла у ВА с АГ I–III степени обнаружили в целом сопоставимость результатов АГТ (77,4–93,7%). При этом выявлены важные с точки зрения безопасности положения и выводы, применение которых в реальной практической деятельности врачей имеют принципиальное медико-социальное значение. Так, после лечения исрадипинем ВА с АГ отмечено улучшение ( $p < 0,001$ ) ПЗФиК, что демонстрирует восстановление и (или) достоверное улучшение системы их оперативного реагирования. Это обстоятельство с учетом эффективности (93,7%) позволяет отнести исрадипин (ломир) к безопасному и высокоэффективному методу АГТ вообще и лиц операторских профессий – в частности.

Терапия клофелином ВА с АГ сопровождалась достоверным удлинением времени моторного (от  $0,847 \pm 0,024$  до  $1,385 \pm 0,022$  с;  $p < 0,001$ ) и латентного (от  $1,621 \pm 0,015$  до  $1,986 \pm 0,019$  с;  $p < 0,001$ ) периодов зрительно-моторной реакции, увеличением числа ошибок (от  $4,12 \pm 0,16$  до  $7,92 \pm 0,22$ ;  $p < 0,001$ ) и ухудшением точности слежения за движущимся объектом (от  $11,8 \pm 1,06$  до  $17,02 \pm 0,43$  мм;  $p < 0,001$ ), что характеризует отрицательную динамику параметров ПФТ, несмотря на относительно высокую его эффективность (87,5%). Наряду с этим очень часто (80,0%) выявлялись побочные эффекты (сухость во рту, заторможенность, сонливость). Это означает, что клофелин для длительной АГТ лиц операторских профессий противопоказан (в настоящее

Таблица 2

**Эффективность и безопасность АГТ шоферов с АГ (%)**

Препараты	Жалобы и симптомы	СМАД (нормализация/улучшение)	СМ ЭКГ (нормализация/улучшение)	КЖ	Эффективность	Влияние на ПЗФиК	Побочные эффекты
Рамиприл	78,3	25,7/51,4	36,7/40,7	б/и	77,4	-	23,9
Ателолол	92,5	31,8/59,8	42,6/49,0	+	91,6	+	10,9
Диротон	82,6	24,9/55,1	37,3/42,7	-	81,0	-	8,6
Теветен	95,4	35,1/59,7	41,4/52,4	++	94,8	++	-
Ломир	95,2	34,8/67,4	42,6/52,1	+	93,7	++	-
Гоптен	83,7	24,9/56,1	36,4/44,6	-	82,0	--	-
Клофелин	88,6	29,5/58,0	28,1/59,4	-	87,5	---	80,0
Эстулик	82,5	31,3/50,9	27,9/53,3	-	81,2	--	50,0
Небилет + пропafenон	96,8	34,3/59,8	28,7/65,4	+	94,1	++	-
Небилет + индап	85,7	33,6/50,8	24,9/59,5	++	84,4	++	2,2
Теветен + индап	93,5	35,7/56,8	39,7/52,8	+++	92,5	+++	-

Примечание. б/и – без изменений.

время клофелин не применяется!); данный препарат целесообразен только при гипертонических кризах для оказания неотложной помощи.

Изучение влияния монотерапии эстуликом ВА с АГ также выявило негативное влияние на ПЗФиК — удлинение времени моторного (с  $0,964 \pm 0,037$  до  $1,456 \pm 0,021$  с) и латентного (с  $1,109 \pm 0,018$  до  $1,548 \pm 0,017$  с) периодов зрительно-моторной реакции, уменьшение точности слежения за движущимся объектом (от  $20,2 \pm 1,9$  до  $24,8 \pm 2,1$  мм) и увеличение числа ошибок (от  $4,15 \pm 0,9$  до  $7,2 \pm 1,1$ ). Кроме этого, в 50% случаев регистрировались побочные эффекты (слабость, сонливость). Эти данные отражают ухудшение операторских свойств, обусловленное применением эстулика, что снижает надежность, скорость принятия и реализации решений ВА, повышая вероятность возникновения ДТП. При этом динамика клинико-гемодинамических показателей после фармакотерапии эстуликом обеспечила достижение целевых уровней АД у 28 (81,2%) ВА.

Благоприятная динамика самочувствия и гемодинамических параметров, включая характеристики суточного профиля АД (СМАД) при АГТ трандолаприлом ВА с АГ, установлена в 82% наблюдений. Однако ПФТ после терапии выявило угнетение ПЗФиК, достоверное при АГ II степени ( $p < 0,001$ ) и I—II степени ( $p < 0,05$ ), что повышает риск возникновения ДТП и ограничивает применение трандолаприла в процессе управления автотранспортом. Следовательно, использование трандолаприла без отрыва от работы для коррекции АД небезопасно [2]. Снижение профессиональной надежности ВА с АГ, наблюдаемое при АГТ гоптеном, обусловленное не только влиянием АГ [4, 9, 11], но и угнетением индивидуальных ПЗФиК в связи с его применением, может сопровождаться нерациональным и небезопасным (замедленная, ошибочная реакция индивида, неадекватное решение) управлением автотранспортом.

Изучение качества жизни (КЖ) обследованных в процессе АГТ продемонстрировало разнонаправленные изменения (см. табл. 2). Фармакотерапия эстуликом, клофелином и гоптеном, несмотря на значимые гемодинамические терапевтические изменения (нормализация и (или) тенденция к восстановлению основных параметров суточного профиля АД), сопровождались ухудшением характеристик КЖ. АГТ исрадипином обуславливала благоприятную динамику основных параметров суточного профиля АД, восстановление или тенденцию к нормализации характеристик КЖ, что позволяет отнести данный препарат к эффективным и безопасным средствам при длительном мониторинге представителей операторских и опасных профессий с АГ. Это подтвердили повышение работоспособности и социальной адаптации, улучшение психологического статуса после лечения исрадипином ВА с АГ.

АГТ у шоферов с АГ и приступами нарушений ритма сердца обеспечила гипотензивный и антиаритмический эффект в течение 6—12 ч у 88,2% и до 24 ч — у 11,8% обследованных; благодаря терапии небилетом терапевтический результат был достигнут в 94,1% случаев. Результаты ПФТ выявили достоверную динамику ПЗФиК у всех 19 обследованных только с АГ (52,8%) и у 15 (88,2%) — с АГ и приступами экстрасистолической и пароксизмальной тахикардии; в целом у большинства (94,4%) пациентов параметры профессиональной надежности имели тенденцию к восстановлению после фармакотерапии. Подчеркнем, что вопрос о возобновлении профессиональной деятельности в этой группе должен решаться с учетом данных ПФТ; в последующие 12 мес инди-

видуальная оценка ПЗФиК должна контролироваться каждые 3 мес [7, 12].

При комплексной оценке результатов обследования ВА с АГ и кардиоваскулярными осложнениями после АГТ небилетом в сочетании с индапом обнаружены улучшение самочувствия и снижение ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ) средних показателей систолического и диастолического АД, восстановление суточного профиля АД у 69,4% ВА, сокращение частоты эпизодов ишемии миокарда в 1,5 раза и НРС — в 3,5 раза, включая «немые» их варианты; у 87,5% лиц зарегистрированы сглаживание или значительное уменьшение клинических проявлений пограничных нервно-психических расстройств. ПФТ в 67,5% наблюдений сопровождалось достоверным ( $p < 0,05$ ) улучшением (74,5%) и нормализацией (25,5%) системы оперативного реагирования индивида, что имеет важное практическое значение для обеспечения безопасного управления транспортом. Кашель, признаки бронхоспазма отмечены у 1 обследованного, они исчезли после снижения дозы препарата. Эффективность комбинированной терапии небилетом и индапом установлена в 84,4% случаев, теветеном и индапом — в 92,5%. После курса АГТ наблюдалось достоверное улучшение психосоматического состояния и клинико-гемодинамических параметров: сокращение эпизодов ишемии миокарда и частоты нарушений ритма сердца соответственно в 66,7 и 62,5% случаев, восстановление или улучшение основных характеристик СМАД — в 35,7 и 56,8%. Побочных эффектов не выявлено. К окончанию лечения динамика ПЗФиК у всех ВА ( $p < 0,01$ ) подчеркивает специфическую безопасность теветена [8, 12] у представителей транспортных профессий с АГ.

Анализ медицинской документации выборки (439 ВА в возрасте 29—54 лет) 5 амбулаторно-поликлинических учреждений за 2005—2008 гг. обнаружил, что, во-первых, отношение к диагностике и лечению АГ у ВА не отличается от обычной практики и, — как правило, обходится без СМАД и ЭКГ; во-вторых, нужно проводить психологическое тестирование и ПФТ (хотя бы перед возвращением ВА к прежней работе), особенно при неблагоприятном течении АГ; в-третьих, не учитываются побочные эффекты лекарственных средств (сонливость, заторможенность, угнетение ПЗФиК). Как результат, частота нарушений ВА правил дорожного движения и их участие (даже пассивное) в ДТП могут быть связаны с индивидуальными медико-психологическими характеристиками. Понятно, что дефицит времени не позволял врачу в поликлинике выяснить важные обстоятельства анамнеза для оптимизации АГТ шоферов, при этом снижаются возможности совершенствования их комплексного индивидуального мониторинга. По нашему мнению, практические рекомендации и (или) алгоритм ведения представителей операторских профессий с АГ должны быть доступны для широкого круга врачей амбулаторно-поликлинической сети [1—5, 8, 9, 11, 12] хотя бы потому, что риск дорожного инцидента достоверно связан с несвоевременным медико-психологическим консультированием ВА [1, 2, 4, 9, 12, 14, 15].

Итак, значительная распространенность АГ и ФР атеросклероза, высокий сердечно-сосудистый риск среди ВА, нерациональная АГТ сопровождаются нарушением профессиональной работоспособности и повышенной вероятностью возникновения ДТП. Для профилактики последних важны комплексный медико-психологический мониторинг водителей-профессионалов, персонально подобранная программа мероприятий не только лекарственных, но и неле-

карственных (психологических и образовательных) методов, поддерживающих состояние здоровья ВА, а также высокая квалификация психологов и врачей в области транспортной медицины [4, 9], которые должны обеспечивать эффективную диагностику и рациональную (безопасную) АГТ.

В заключение еще раз подчеркнем необходимость использования при диагностике АГ у ВА двухэтапной методики Г.Г. Арабидзе с включением СМАД и ЭКГ, а также психологического и психофизиологического тестирования; последнее обязательно после стационарного и амбулаторного лечения шоферов с АГ в связи с декомпенсацией и (или) развитием различных осложнений.

## Литература

1. Арамисова Р.М., Эльгаров А.А. Исрадипин при артериальной гипертонии у водителей автотранспорта // Медицина труда и пром. экология. – 1996; 6: 21–3.
2. Арамисова Р.М., Эльгаров А.А. Результаты монотерапии гоптеном водителей автотранспорта с гипертонической болезнью // Медицина труда и пром. экология. – 2002; 2: 32–4.
3. Атьков О.Ю., Эльгаров А.А. Особенности фармакотерапии лиц транспортных профессий. Материалы Всерос. научно-практ. конф. Нальчик. 2009; 13–7.
4. Вайсман А.И., Эльгаров А.А. Автодорожная медицина – опыт, нерешенные вопросы // Медицина труда и пром. экология. – 1996; 8: 29–31.
5. Гутникова О.В. Влияние диуретиков на профессионально значимые качества машинистов локомотивов // Медицина труда и пром. экология. – 2007; 2: 35–9.
6. Измеров Н.Ф. Профессиональная деятельность и стресс. Материалы Всерос. научно-практ. конф. Шахты. 2010; 292–5.
7. Калмыкова М.А., Эльгаров М.А. Особенности эпидемиологии нарушений ритма сердца. Материалы Всерос. научно-практ. конф. Нальчик. 2009; 23–30.
8. Цфасман А.З., Атькова Е.О., Гутникова О.В. Влияние эпросартана на психофизиологические функции водителей с артериальной гипертонией // Кардиология. – 2006; 10: 18–20.
9. Эльгаров А.А., Муртазов А.М., Шогенов А.Г. Медицина труда опасных профессий // Медицина труда и пром. экология. – 2007; 5: 1–6.
10. Эльгаров М.А., Эльгаров А.А. Артериальная гипертония, транзиторные ишемические атаки у водителей автотранспорта – производственно обусловленные заболевания? Материалы Всерос. научно-практ. конф. Шахты. 2010; 255–6.
11. Эльгаров А.А., Калмыкова М.А., Эльгаров М.А. Автотранспортная медицина – опыт и перспективы // Медицина труда и пром. экология. – 2010; 11: 21–3.
12. Эльгаров А.А., Калмыкова М.А., Эльгаров М.А. Артериальная гипертония и аритмия сердца у водителей автотранспорта / Нальчик: ООО «Тетраграф», 2011.
13. Elgarov A., Aramisova R. On whether hypertension subjects are fit to drive a vehicle // J. Traffic Medicine. – 2001; 1: 34–6
14. Laaksonen H. A Critical Overview of the Western Literature on Diseases and Traffic Accidents. Proceeding of First North Caucasian International Symposium on Traffic Medicine // J. Traffic Med. Suppl. – 1994; 22: 20–30.
15. Ogden E., Moskowitz H. Effects of alcohol and other drugs on driver performance // Traffic Injury Prevention. – 2004; 5 (3): 185–98.

### ATTENTION! A MOTOR TRANSPORT DRIVER AT THE RECEPTION

Professor **A. Elgarov, MD**; **M. Kalmykova**, Candidate of Medical Sciences;  
**M. Elgarov**, Candidate of Medical Sciences  
Kh.M. Berbekov Kabardino-Balkarian State University, Nalchik

*Hypertension and cardiac arrhythmias are common among drivers; they have significant risk factors for atherosclerosis. The paper considers the impact of this disease on the quality of professional efficiency and traffic safety, as well as the secondary prevention of hypertension in drivers.*

**Key words:** cardiovascular diseases, pharmacotherapy, traffic administration quality, road traffic accidents.