

НИКОНОВ Б.И., КУЗЬМИН С.В., ГУРВИЧ В.Б.,
ПЛОТКО Э.Г., КАЛЕТНИК О.В.

*Территориальное управление Роспотребнадзора
по Свердловской области, ФГУН «Екатеринбургский медицинский
научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих
промпредприятий» Роспотребнадзора,
г. Екатеринбург, Россия*

ОЦЕНКА И УПРАВЛЕНИЕ РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ «МЕДИЦИНА ТРУДА»

В посланиях Президента Российской Федерации Федеральному собранию от 26 мая 2004 г. и 25 апреля 2005 г. обозначенные национальные приоритетные цели и они определены в качестве основных для реализации всеми уровнями государственной власти и муниципального управления. Главной целью социальной политики Российской Федерации является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг и, прежде всего, качественной медицинской помощи населению, в том числе работающему. Это требует поиска новых организационных моделей и системного подхода к медико-профилактическому обслуживанию работающего населения.

В мировой практике наиболее перспективной и доступной моделью оказания медицинской помощи работающему населению, принятой ВОЗ и МОТ, является специализированная служба (иногда система) «Медицина труда». Исходя из этого, правительством Свердловской области была поставлена задача – подготовить концепцию многопрофильной, гармонизированной системы «Медицина труда» для сохранения и укрепления здоровья работающих, на основе мониторинга условий труда, оценки профессиональных рисков и управления ими для профилактики и снижения общей и профессиональной заболеваемости, трудопотерь по временной нетрудоспособности, инвалидности и преждевременной смертности, сохранения трудовых ресурсов на региональном и муниципальном уровнях Свердловской области. Такая концепция была разработана и принята правительством Свердловской области 02.02.2004 г. № 73-ПП.

Реализация Концепции позволила на треть увеличить количество осматриваемых стажированных работников (с 29 тыс. в 2002 г. до 41,2 тыс. в 2005 г.); соответственно улучшилось качество проведения ПМО, а значит и диспансеризации этих работ-

ников. В результате почти в два раза выросло число впервые установленных профессиональных заболеваний (с 471 случая в 2000 г. до 713 в 2005 г.).

К сожалению, приходится констатировать, что в промышленном секторе экономики продолжают иметь место многочисленные нарушения требований законодательства по охране труда и здоровья работающих. Практически каждый третий работник в области занят во вредных и опасных условиях труда, около половины из них – женщины. В то же время, условия труда работающих изучаются лишь в лучшем случае на 30% рабочих мест.

В рамках Концепции уже сегодня ведется разработка программ персонифицированного учета состояния здоровья работающих, а для крупных предприятий, численностью более 100 человек, создается электронная база данных программ производственного лабораторного контроля, призванная обеспечить мониторинг динамически изменяющихся условий производственной среды, определяющих степень риска. Кроме того, ведется электронный архив по профессиональным заболеваниям, обращаемости и диспансерному наблюдению, которые в последующем планируется преобразовать в соответствующие регистры.

Одним из основополагающих направлений Концепции является реализация принципа доступности специализированной и профилактической медицинской помощи работающему населению. Это возможно лишь при приближении ее непосредственно к предприятиям, т.е. при создании центров «Медицина труда» в муниципальных образованиях. Такие центры создаются в ряде муниципальных образований Свердловской области.

В настоящее время нами осуществляется объединение усилий Госсанэпидслужбы, центров профпатологии и медицины труда по организации информационных потоков по условиям труда и состоянию здоровья работающих для профилактики общих и профессиональных заболеваний, ранней диагностики, формирования групп повышенного риска, диспансеризации и пр.

В дальнейшем внедрение системы «Медицина труда» на уровне Свердловской области, отдельных муниципальных образований и предприятий позволит иметь всю необходимую информацию об условиях труда и здоровью работника. Это даст возможность на каждом из указанных уровней формировать конкретные мероприятия, направленные на управление профессиональными рисками, включающие комплексы профилактических решений по их минимизации

при оптимальном соотношении затрат и пользы, обосновать компенсационные выплаты работникам, информировать заинтересованные стороны о существующей степени риска.

ОБУХОВА Т.Ю., БУДКАРЬ Л.Н., КАРПОВА Е.А.,
БУГАЕВА И.В., ТЮЛЬКАНОВА Г.М.

ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора, Администрация Президента РФ, Аппарат полномочного представителя Президента в УрФО, г. Екатеринбург, ОАО «Уральский асбестовый горно-обогатительный комбинат», г. Асбест, Россия

ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ЛИЦ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ПЫЛИ ХРИЗОТИЛ-АСБЕСТА

Высокий уровень смертности населения трудоспособного возраста – серьезная проблема современного демографического развития России. На долю болезней органов кровообращения приходится более 50,0% в структуре общей смертности населения. Техногенное нарушение экологии среды обитания и производства приводит к росту числа общих, производственно обусловленных и профессиональных заболеваний.

В нашем исследовании изучалось влияние сердечно-сосудистой патологии (ССП) на выживаемость лиц, контактирующих с пылью хризотил-асбеста (ПХА). Проведен анализ кумулятивной выживаемости и риска смерти для 332 работников комбината «Ураласбест», обследованных в ЕМНЦ. Средний возраст – $53,7 \pm 0,5$ г., длительность работы в условиях воздействия ПХА – $27,5 \pm 0,4$ г. В группе у 134 (40,4%) пациентов установлен асбестоз, у 27 (8,1%) – профессиональный пылевой бронхит, у 94 (28,3%) – подозрение на пылевую патологию, 77 (23,2%) – без профзаболевания. У 208 (62,6%) человек из 332 диагностирована сопутствующая ССП: артериальная гипертензия (АГ) – у 156 (47%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 59 (17,8%), постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – у 1, нарушения сердечного ритма и проводимости – у 72 (21,7%), сочетание двух или более кардиоваскулярных заболеваний – у 74 (22,3%) больных.