

Таким образом, у больных профессиональными заболеваниями легких активно включаются механизмы местного иммунитета дыхательных путей. Повреждающее действие вредных производственных аэрозолей запускает ряд местных иммунологических реакций, и активирует клетки, секретирующие различные провоспалительные цитокины, в частности IL-8. Одновременно с клеточным звеном и межклеточными факторами запускаются гуморальные компоненты локального иммунного ответа.

ГАЗИМОВА В.Г., КЛИМИН В.Г.

*ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий»
Роспотребнадзора, ЗАО «Страховая компания «Мединком»,
г. Екатеринбург, Россия*

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ РАБОТНИКОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ «МЕДИЦИНА ТРУДА»

Профилактическое направление медицины труда признано приоритетным в Российской Федерации. Вместе с тем на сегодняшний день программы профилактики производственно обусловленной и профессиональной заболеваемости трудоспособного населения на местах финансируются очень слабо. На уровне Федерации в 2006 г. началась реализация национального проекта в здравоохранении, направленного, в том числе и на проведение диспансеризации работающего населения. Но выделенных средств явно недостаточно, и не зря Президент Российской Федерации акцентирует внимание на изыскание возможности финансирования диспансеризации на уровне регионов и муниципалитетов.

Одним из инструментов финансирования может стать добровольное медицинское страхование (ДМС). В Свердловской области реализуется принятая в 2004 г. на уровне Правительства Концепция и План реализации многопрофильной системы «Медицина труда», в рамках которой разработан ряд программ ДМС работников, занятых во вредных и опасных условиях труда. Программы реализуются нашим центром в двух вариантах – первый предусматривает страхование работников предприятий от конкретных профессиональных забо-

леваний, например, профессиональных заболеваний органов дыхания или нейросенсорной тугоухости; второй вариант предполагает страхование коллектива предприятия, цеха, участка, отдельных профессиональных групп (групп риска) от всех профессиональных заболеваний. Оба варианта тесно взаимосвязаны, но каждое из них имеет свои особенности в плане формирования комплекса медицинских услуг и объема финансирования предлагаемых страховых программ.

Программы ДМС работников, занятых во вредных и опасных условиях труда, включают, как правило, четыре основных блока:

- мониторинг вредных и опасных производственных факторов, составление списков застрахованных, ранжированных по риску возникновения профессиональных заболеваний;

- формирование групп повышенного риска по результатам периодических медицинских осмотров;

- оздоровление застрахованных в зависимости от группы риска в условиях специализированного профпатологического стационара, либо здравпункта, медико-санитарной части, санатория-профилактория по специально разработанным технологиям лечения и реабилитации;

- диспансерное наблюдение и постоянные медико-профилактические мероприятия, в том числе лечебно-профилактическое питание.

Наиболее сложным для страхования оказался первый «гигиенический» блок программы, так как по закону № 1499-1 от 28.06.1991 г. «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» изучение условий труда работника не является медицинской услугой. Кроме того, очень трудоемкой оказалась работа по отслеживанию застрахованных на разных этапах диагностики, лечения, оздоровления и профилактики – такая информация необходима как для составления реестров для страховой компании, так и для оценки эффективности проводимых мероприятий. Выход из создавшегося положения мы видим в разработке и внедрении электронного варианта «Личной медицинской книжки» – программного продукта, который можно использовать как для персонифицированного учета лиц, занятых во вредных и опасных условиях труда, так и для слежения и контроля застрахованных по ДМС.

Очень ответственный этап страхования – это выбор медицинской страховой компании, которая, кроме лицензии, имела бы необходимый набор специалистов, обеспечивающих данное направление работы.

Следует подчеркнуть, что проекты страховой защиты в рамках ДМС нами реализуются прежде всего на предприятиях, ориентированных на социально-ответственный бизнес: «СУАЛ-Холдинг» (ОАО «Богословский алюминиевый завод», ОАО «Уральский алюминиевый завод»), «УГМК-Холдинг», ОАО «Северский трубный завод» Трубной металлургической компании. Опыт работы с последним показывает, что объединение усилий по внедрению современных технологий диагностики, активного оздоровления и реабилитации работников из групп повышенного профессионального риска позволяет предупредить развитие профессионального заболевания, качественно улучшить состояние здоровья, а в итоге существенно продлить активную трудовую деятельность высокостажированных в своей профессии специалистов и повысить качество их жизни.

ГЕРАСИМЕНКО Т.И.

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

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ МЕТАЛЛОВ В ВОЗДУХЕ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДНЫХ СПЛАВОВ

В комплексе факторов профессионального риска, характерных для производства медных сплавов, ведущая роль принадлежит пыли, компоненты которой обладают различным неблагоприятным биологическим действием. Основными токсическими элементами являются свинец, цинк, медь – вещества 1 и 2 классов опасности. При этом обращает на себя внимание относительно высокий уровень концентраций цинка и свинца в воздухе рабочей зоны, превышающий концентрации основного компонента сплавов – меди, что, по-видимому, объясняется тем, что выплавка сплавов осуществляется при температуре 1200–2000 °С, а температура плавления свинца и цинка – 327 и 412 °С соответственно.

В воздухе рабочей зоны плавильщиков разовые концентрации цинка превышали соответствующую ПДК (1,5 мг/м³) в 2,6–3,5 раза, в кабине электромостового крана – в 2,1 раза. Среднесменные концентрации свинца превышали ПДК (0,05 мг/м³) в воздухе рабочей зоны шихтовщиков в 1,5–1,7 раза, а плавильщиков и крановщиков – в 2,3–3,6 раза. Концентрации меди не достигали ПДК (1,0 мг/м³).