

- разработать текущий и перспективный (генеральный) план дорожного строительства и реконструкции в целях обеспечения гигиенической безопасности;
- оптимизировать финансовые траты на разрешение транспортной проблемы с учетом предотвращенного ущерба здоровью населения;
- обеспечить санитарно-гигиеническое благополучие в отношении транспортных загрязнений мегаполиса;
- сделать методологию оценки риска здоровью составным элементом проектирования и экспертных работ по проектной градостроительной документации;
- методологически подойти к вопросу нормирования транспортной нагрузки в мегаполисе.

Список литературы:

Аборина Л.Н. О снижении токсичности выхлопа автомобильного транспорта. // Материалы X съезда гигиенистов и санитарных врачей. – М., 2007. – С. 889-890.

Васильев Г.А., Медрес Е.П., Птюшкин А.Н. Развитие сети автодорог Санкт – Петербурга и региональные эколого–гигиенические проблемы. // Автомобильные дороги, транспорт и экология: Сборник научно-практических трудов группы предприятий «Дорсервис» /под ред. Пичугова И.А., Медреса Е.П.. – СПб.: ООО «Издательство ДНК», 2006. – 187-189.

Давыдова О.Л. Автотранспорт продолжает загрязнять окружающую среду// Экология и промышленность России-2000-№7-с.40-41.

Евгеньев И.Е., Каримов Б.П. Автомобильные дороги в окружающей среде. – М.: Трансдорнаука, 1997.-285 с.

Емельянов В.Е., Туровский Ф.В. Снижение вредных выбросов автотранспорта // Экология и безопасность России, 2001.-№4.-с.4-6.

Косой Ю.М. Городской транспорт в зеркале экологии. // Энергия: Экон., техн., экол. 2001., № 1, С. 64-68.

Кузнецов Е.С., Корсак А.Б., Федоров А.Ю. и др. Экологические проблемы автотранспортного комплекса больших мегаполисов - пути решения. // Научные чтения «Белые ночи-2000». Материалы симпозиума.- СПб., 2000.-с. 131-134.

Масленникова И.С., Масленникова Т.Ю. Транспорт и окружающая среда. // Научные чтения «Белые ночи – 2000». Материалы симпозиума.- СПб., 2000.- с.138-139.

Онищенко Г. Г., Новиков С.М., Рахманин Ю.А., Авалиани С.Л., Буштуева К.А. Основы оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. М.:, 2002.- 408 с.

Липатов Г.Я., В.И. Адриановский, В.Г. Константинов, Т.С. Безрукова

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПО СНИЖЕНИЮ КАНЦЕРОГЕННОЙ ОПАСНОСТИ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий Роспотребнадзора», ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», г.Екатеринбург 620149, г.Екатеринбург, ул.Онуфриева, д.20-а, adrianovsky@k66.ru

Предупреждение развития злокачественных новообразований (ЗН) остается одной из актуальных проблем в охране здоровья населения Свердловской области. Так, в 2007 г. заболеваемость ЗН в Екатеринбурге составила 346,0 случаев (из них в трудоспособном возрасте 153,3), а смертность 205,6 случаев на 100 тысяч населения. В среднем ежегодно в области регистрируется 14 профессиональных онкологических заболеваний. Около 600 предприятий (с численностью работающих 530 тыс. человек) являются канцерогенно опасными.

С целью снижения уровня профессиональной онкологической заболеваемости населения с 1999 г. в Свердловской области проводится работа по санитарно-гигиенической паспортизации канцерогеноопасных производств. Однако до недавнего времени паспортизация решала лишь одну задачу, заключающуюся в выявлении и учете предприятий, технологических процессов, отдельных цехов и производственных участков, на которых работники могут подвергаться воздействию канцерогенных факторов. При этом не достигалась основная цель паспортизации – разработка комплексных мер по снижению профессиональной онкологической заболеваемости работающих и населения.

Между тем, необходимость создания комплексных программ по снижению канцерогенной опасности для признанных канцерогеноопасными предприятий, была прописана в Постановлении ЦГСЭН в Свердловской области № 01/2-21П от 26.10.98 г. «О введении обязательной санитарно-гигиенической паспортизации канцерогеноопасных производств и подготовке профилактических программ по защите населения от прямого действия промышленных канцерогенов». Однако сами промышленные предприятия к решению данной задачи оказались не готовы.

С целью изменения создавшейся ситуации на базе Екатеринбургского медицинского научного центра профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий в 2005 г. была создана Лаборатория эпидемиологии и профилактики рака, одной из задач которой явилась разработка комплексных программ по защите работающего населения от прямого воздействия производственных канцерогенных факторов.

К настоящему времени такие программы созданы для предприятий машиностроения, черной металлургии и производства строительных материалов.

Каждая из «Комплексных программы по защите работающего населения от прямого воздействия производственных канцерогенных факторов» имеет следующую структуру.

1. Введение.

2. Характеристика канцерогенной опасности предприятия, включающая размещение предприятия, его функциональные подразделения, перечень используемого сырья, номенклатуру выпускаемой продукции, характеристику

технологических процессов и оборудования, перечень профессий, отнесенных в группу онкологического риска, данные о канцерогенном загрязнении почвы, воды и атмосферного воздуха, состоянии здоровья рабочих.

3. Обоснование системы мероприятий по снижению канцерогенной опасности предприятия. В их число включены технологические, санитарно-технические, архитектурно-планировочные, организационные, медико-профилактические мероприятия и рекомендации по использованию средств индивидуальной защиты.

4. Заключительная часть программы, где дана итоговая таблица с перечислением основных профилактических мероприятий со сроками исполнения и стоимостью, с указанием ответственных должностных лиц предприятия.

Основным мероприятием, направленным на полное предотвращение воздействия на работающих канцерогенных факторов, должно стать исключение возможности контакта с ними человека в производственной сфере. Например, в доменном производстве было рекомендовано внедрить систему использования природного газа в технологическом процессе производства чугуна, что приведет к снижению расхода кокса, уменьшению концентраций бенз(а)пирена, сажи в воздухе рабочей зоны и в валовых выбросах этих веществ в атмосферный воздух. В кирпичном производстве было рекомендовано осуществить герметизацию дверей сушильных камер, что приведет к уменьшению концентраций бенз(а)пирена и кремний диоксида кристаллического в воздухе рабочей зоны. В цехе производства ЖБИ было рекомендовано заменить пластификатор «Лингопан Б2», в состав которого входят акрилонитрил, бензол и формальдегид, на другой, не содержащий канцерогеноопасные вещества. Во всех производствах на рабочих местах с высокой тяжестью труда было рекомендовано установить тельферы, что снизит тяжесть труда, уменьшит легочную вентиляцию и соответственно поступление канцерогеноопасных веществ в организм. Особое место в программах заняли мероприятия по совершенствованию и обеспечению эффективной работы вентиляционных систем как в основных, так и во вспомогательных производствах (железнодорожные, автотранспортные и ремонтно-механические цеха и др.).

К сожалению, по техническим и экономическим причинам полная деканцерогенизация предприятий оказалась невозможна. Поэтому, в программы были включены такие мероприятия, как организация врачебно-инженерных бригад, разработка номенклатуры и программы организации производственного лабораторного контроля за факторами производственной среды и трудового процесса с учетом всех имеющихся на предприятии канцерогенов, внедрение системы информирования рабочих о степени канцерогенной опасности на рабочем месте и мерах ее профилактики. Большое внимание в программах уделено медико-профилактическим мероприятиям, включающим предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры с обязательным включением в состав комиссии врача-онколога, дерматолога и отоларинголога, создание реестра лиц, имеющих профессиональный контакт с канцерогенными веществами, с обязательным утверждением его ТУ Роспотребнадзора, внедрение системы скрининговых обследований по ранней диагностике ЗН в ходе предварительных и периодических медосмотров работающих с использованием онкомаркеров, ультразвуковых, эндоскопических и рентгенологических методов исследований.

В целях снижения канцерогенной опасности для населения рекомендовано разработать программу организации контроля качества атмосферного воздуха на границе СЗЗ и на территории жилой застройки, сточных вод, отходов производства с учетом всех имеющихся на предприятии канцерогенов, определить количество (перечень) всех канцерогенных веществ выбрасываемых в атмосферный воздух, включить их в дислокацию источников выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух.

Внедрение подобных программ послужит важным шагом на пути решения проблемы профилактики онкологических заболеваний среди рабочих канцерогеноопасных производств.

Локоткова А.И.

СТРУКТУРА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СТАЦИОНАРАХ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ГОУ ДПО КГМА Росздрава, г. Казань

Ежегодно в Российской Федерации (РФ) регистрируется около 40 миллионов случаев инфекционных заболеваний. Среди инфекций, регистрируемых в лечебно-профилактических учреждениях (в соответствии с МКБ 10 пересмотра) можно выделить следующие группы:

1. Внутрибольничные инфекции.
2. Заносные инфекционные заболевания.
3. Внутриутробные инфекции.
4. Инфекции при прохождении родовых путей матери.

Серьезную проблему в инфекционной патологии представляют внутрибольничные инфекции (ВБИ), в связи с их широким распространением в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

Частота регистрации внутрибольничных инфекций в разных странах колеблется от 2,5 % — 5 % (США), 6 % (Великобритания), до 12%—14 % (Таиланд). В России частота ВБИ не превышает 1,5-2% и ежегодно регистрируется не более 30.000 случаев ВБИ. Показатель заболеваемости на протяжении последних 5 лет остается стабильным на уровне 0,8 – 0,9 на 1000 госпитализированных пациентов.

По результатам выборочных исследований заболеваемость составляет от 6 до 15 на 1000 госпитализированных пациентов. Предполагаемое число больных ВБИ в РФ по данным Семиной Н. А., Ковалевой Е. Н.(1998г.) составляет около 2,5 млн. человек в год. В разные годы по данным федеральной отчетности от 35 до 45% зарегистрированных случаев ВБИ приходится на инфекции, возникшие в акушерских стационарах, что объясняется несколько лучшей, чем в других стационарах, их регистрацией. Так в 2007г. в РФ структура ВБИ по стационарам была представлена следующим образом: акушерские стационары – 35,6%; хирургические стационары – 29,4;