



Статья поступила в редакцию 7.09.2022 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2022-3-151-154

EDN: MFECTE

Информация для цитирования:

Разумов В.В. ОНТОЛОГИЧЕСКИЙ АТАВИЗМ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ТРУДА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОЦЕНКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА // Медицина в Кузбассе. 2022. №3. С. 151-154.

Разумов В.В.Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия

ОНТОЛОГИЧЕСКИЙ АТАВИЗМ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ТРУДА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОЦЕНКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА

В отечественной профпатологии (медицина труда) последних десятилетий представления о профессионально детерминированных нарушениях здоровья претерпели существенные подвижки, инициированные реформаторскими нововведениями Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и Международной Организации Труда (МОТ). Однако в приказах по профпатологии фундаментальные понятия о профессиональных заболеваниях, профессиональных рисках, заболеваниях, связанных с работой, фактически опираются на профпатологический менталитет середины минувшего века; медицинская терминология грешит неопределенностью, недосказанностью, двусмысленностью или противоречивостью, затрудняющими практическую работу всех звеньев профпатологического обеспечения работающих во вредных условиях труда.

Подмена медицинских критериев оценки нарушения здоровья социальными установками противоречит не только молекулярно-биологическому уровню современной медицинской онтологии, но и её уровню морфологического детерминизма, уходящему корнями еще во времена Р. Вирхова. Отечественная медицина труда настоятельно нуждается не на словах, а на деле, в гармонизации с мировыми стандартами медицинского обслуживания работников, что имеет место в других разделах общей патологии и клинической медицины, к которым она принадлежит.

Ключевые слова: онтология; морфологический детерминизм; медицина труда; заболевания, связанные с работой

Razumov V.V.

Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia

ONTOLOGICAL ATAVISMS IN THE DOMESTIC OCCUPATIONAL MEDICINE IN THE DIAGNOSIS OF OCCUPATIONAL DISEASE AND ASSESSMENT OF OCCUPATIONAL RISK

In the domestic occupational pathology (medicine of labor) of the last decades, the ideas about professionally determined health disorders have undergone significant advances initiated by the reformatory innovations of the World Health Organization (WHO) and the International Labor Organization (ILO). However, in occupational pathology approaches, the fundamental concepts of occupational diseases, occupational risks, and diseases associated with work are actually based on the occupational pathology mentality of the middle of the last century; medical terminology sins with vagueness, understatement; ambiguity or inconsistency, which complicate the practical work of all links of occupational pathology support for workers in harmful working conditions.

The substitution of medical criteria for assessing health disorders by social attitudes contradicts not only the molecular biological level of modern medical ontology, but also its level of morphological determinism, rooted in the time of R. Virkhov. Domestic occupational medicine urgently needs, not in words, but in practice, to harmonize with international standards of medical care for workers, which is the case in other sections of general pathology and clinical medicine, to which it belongs.

Key words: ontology; morphological determinism; medicine of labor; diseases, work-related

Отечественную профпатологию последних десятилетий характеризуют непрерывные реформаторские пертурбации: ратификация Конвенции Международной Организации Труда (МОТ) 161 «О службах гигиены труда» (1985 г.) (в английском оригинале – «О службах медицины труда»); смена парадигмы гигиены труда и профессиональных заболеваний на парадигму медицины труда (начало 90-х годов минувшего столетия); имплантация в отечественную медицину труда концепции профессионального риска (2001 г.); получение прав граждан-

ства в отечественной профпатологии так называемых профессионально (производственными) обусловленных заболеваний (начало 2000-х годов); согласование нозологических номенклатур в медицине труда с таковыми в общей медицине с узакониванием ХОБЛ профессионального генеза (приказ Минздравсоцразвития России № 417н от 27.04.2012 г.), не говоря уже у многочисленных нормативных и законодательных актах по гармонизации с мировыми стандартами отечественной системы медицинского обслуживания работников.

Большинство нововведений инициировались ВОЗ, МОТ, и после первоначальной настроенности воспринимались в последующем отечественной медициной труда как для нее приемлемые. Некоторые из положений зарубежной медицины труда стали часто цитироваться в отечественной профпатологии как, возможно, векторы предстоящего развития профпатологической службы: определение в преамбуле Устава ВОЗ (1987 г.) здоровья как состояния полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов; введение в обиход понятия «болезни, связанные с работой»; представления МОТ (1996 г.) о профессиональном заболевании как о нарушении здоровья, развившемся в результате воздействия факторов риска, обусловленных трудовой деятельностью; возможность диагностики специалистами медицины труда любой нозологической единицы как профессионально детерминированного нарушения здоровья с признанием тождества понятий профессионального и профессионально обусловленного заболевания (2002 г.); этическая переориентация при экспертизе профпригодности с отбора профпригодных на адаптацию работы к возможностям каждого работника (2012 г.).

Смена парадигм, расширив сферу производственно детерминированного нарушения здоровья работающих включением в него обширного круга наиболее распространенных среди работающих общесоматических заболеваний, подвигала профпатологию в сторону клинической медицины и общей патологии, опирающихся в своих гностических подходах на платформу морфологического детерминизма (Саркисов Д.С. [1]), какой бы при этом не был масштаб структурных изменений — от анатомических до свето- или электронномикроскопических.

Эта, по выражению Р. Вирхова, «анатомическая мысль» [2] уже давно вытеснила из онтологического подхода к болезни его созерцательную семиотику (симптомы, синдромы), для которой морфологический субстрат считался ее дополнительным, но не обязательным приложением. «Анатомическое» по Р. Вирхову означало не антитезу физиологическому, а лишь территориальную очерченность патологического. Однако в свое время онтологическая переориентация на природу болезни с созерцательной семиотики на примат в ней морфологических изменений потребовала не только становления патологической анатомии фундаментальной основой медицины (Дж.Б. Морганьи), но и развенчания Р. Вирховым с привлечением химических и функциональных проявлений патологии, теперь топографически прописанных, теории гуморальной патологии К. Рокитанского — учения о кразиях крови как последнего прибежища трансформированного доисторического представления о стихиях в развитии сущностного [3].

Актуальность обозначенной переориентации очевидна при обращении к связанным с артериальной гипертензией сердечно-сосудистым и считающимися теперь профессионально обусловленными заболеваниями, в значимой части случаев протекающих кли-

нически бессимптомно, вплоть до неожиданного развития серьезных или фатальных осложнений, достаточно ознакомиться с периодическими отечественными и зарубежными рекомендациями по артериальной гипертензии.

Однако ныне действующее единственное официальное отечественное определение профессионального заболевания как «...хронического или острого заболевания, являющегося результатом воздействия вредного производственного фактора и повлекшего *временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности*» (Федеральный закон № 125 от 24.07.1998 г.) выдержано в духе онтологических представлений XVIII века, по которому его онтологию составляет не морфологический субстрат, а очевидный, созерцаемый симптоматический антураж болезни, в рассматриваемом случае — потеря профессиональной трудоспособности, не требующая изысканных способов диагностики. Получается, что при наличии даже физического дефекта, к примеру пневмокониоза или хронического профессионального бронхита, но без функциональных нарушений, ситуация не может считаться профессиональным заболеванием, то есть заболеванием. Фактически в этом определении медицинский критерий диагностики подменен социальным. Приведенное определение профессионального заболевания, являющегося определением страхового случая и может относиться лишь к далеко зашедшей стадии болезни с необратимыми функциональными нарушениями. Буквальное следование этому определению на практике означает узаконенную первичную диагностику профессионального заболевания лишь со стадии уже инвалидизации работника и находится в противоречии как с ранее действовавшими приказами Минздравмедпрома РФ № 90 от 14.03.1996 г., Минздравсоцразвития РФ № 83 от 16.08.2004 г. и № 302 от 12.04.2011 г. по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров (ПМО) работающих во вредных условиях труда, так и ныне действующим аналогичным по содержанию приказам Минздрава РФ № 29н от 28.01.2021 г., предписывающим диагностику профессиональных заболеваний на стадии их начальных проявлений, протекающих, естественно, без нарушения трудоспособности, и которых по определению ФЗ № 125 от 24.07.1998 года быть не должно.

Не менее озадачивающее понятие «подозрение на профессиональное заболевание», появившееся в приказе Минздрава СССР № 555 от 29.09.1989 г., но, как в этом приказе, так и в последующих, оперирующими этим понятием (приказы Минздрава РФ № 176 от 28 мая 2001 г.; № 83 от 16.08.2004 г., № 302н от 12.04. 2011 г.; форма № 30 приказа Росстата № 863 от 30.12.2020 г.), оставшегося без определения. Не удивительно, что на ПМО «подозрение на...» трактуется чаще всего в его общесоматическом смысле как *нозологически неопределенная, неясная медицинская ситуация*. Но обсуждение этиологической природы нарушения здоровья возможно лишь при достижении им уровня нозоло-

гических единиц (бронхиальная астма, дерматит, ринит, артрозы, эпикондилиты, сенсоневральная тугоухость, катаракта, рефлекторные и/или компрессионные синдромы, и прочее, и прочее), диагностика которых для сертифицированных врачей, проводящих ПМО, не должна представлять затруднений. Однако первичное звено профпатологии, спрятавшись за неопределенностью понятия «подозрение на профессиональное заболевание», часто освобождает себя от оценки у работника медицинской ситуации, полагая, что голословной диагностикой «подозрение на...» без диагностики конкретной нозологической единицы и так сказано слишком много.

Правда, по конструкции предложений пункта № 40 приложения № 3 приказа № 302н от 12.04.2011 г. можно было домыслить, что «подозрение на профессиональное заболевание» и «предварительный диагноз профессионального заболевания» являются синонимами и вместе с «начальными признаками профессионального заболевания» пункта № 3 того же приложения означают одно и то же — диагностируемую в понятиях МКБ-10 *ясную нозологическую ситуацию*, но с не могущей быть в рамках ПМО уточненной ее этиологией — профессиональной или общесоматической, к которой и относится понятие «подозрение». Но это только домыслить, а как говорится «Кесарю — кесарево, а слесарю — слесарево».

Размытостью толкования грешит и распространенное в профпатологии понятие «риск» в требованиях к структурам, проводящие ПМО, «...формировать группы риска по развитию профессиональных заболеваний» (уже упоминавшиеся приказы № 83, № 302н, № 29н). Понятие «риск» очень широко используется в общей медицине и означает вероятность развития нарушения здоровья от воздействия какого-либо патогенного фактора, но еще *без включения* эффекта этого риска в его оценку. В этом же смысле стало употребляться и понятие профессионального риска в представлении врачей общей медицины, привлекающихся к проведению ПМО и полагающих наличие вредного фактора производства, превышающего предельно допустимые концентрации (ПДК) или предельно допустимые уровни (ПДУ), критерием формирования этой группы. По этому же принципу (точнее, как одному из нескольких) работодатель формирует контингенты работников для прохождения ПМО, что прописано его прерогативой (пункты 19-21 приложения № 3 приказа № 302н от 12.04.2011 г.).

Желание найти единый знаменатель опасности производства, интегрировавшему бы в себе множества условий, влияющих на последствия вредных производственных факторов, потребовало *включения в оценку риска его медицинских эффектов*, учета его последствий не только профессиональной этиологии [5]. А поскольку нарушение здоровья как биологическое вызывается воздействием множества условий, как внешних (и не только производственных), так и внутренних, в условия развития нарушения здоровья были включены социальные факто-

ры, география проживания, модифицируемые и немодифицируемые константы организма работника, общесоматическая заболеваемость по множеству показателей, показатели репродуктивного здоровья, возраст летальности и прочее. Методологически это означало становление медицины труда на позиции кондиционализма, то есть видение причины нарушения здоровья в совокупности условий, из-за взаимодействия которых трудно выделить решающее. Так возникла математическая концепция индивидуального и/или популяционного профессионального риска, но уже иного толка, выражающегося либо через безразмерную величину в диапазоне 0,0-1,0, либо в баллах (полу)количественных или качественных показателей, и не имеющего непосредственного отношения к структурам по проведению ПМО и центрам профпатологии. Для выбора работодателем мероприятий по сохранению здоровья работающих показатели этого профессионального риска имеют не меньшее, если не большее значение, чем величины ПДК и ПДУ.

Путаница понятий усугублялась использованием одних и тех же прилагательных для характеристики понятия «риск». В свое время для случаев «...отдельных клинических и функциональных признаков воздействия неблагоприятного производственного фактора» предлагалось понятие «группа повышенного риска» [4], оставшееся официальной профпатологией без внимания. Но это понятие прижилось в профпатологии с волюнтаристическим, естественно, толкованием «повышенного»: либо стажированные контингенты; либо случаи с подозрением на профзаболевание, либо с отдельными признаками воздействия вредного производственного фактора. Однако обильная терминология градаций профессионального риска математического толка — минимальный; низкий; средний; выше среднего; высокий; сверхвысокий; значимый; сильный; выраженный; сверхвыраженный; 1^й, 2^й или 3^й группы, — включает, к сожалению, прилагательное и «повышенный».

Так возникла путаница понятий разных между собой по смыслу понятий рисков и повышенных рисков. С одной стороны — «риск» как только вероятность нарушения здоровья, требующая профилактических мероприятий; с другой стороны — не только вероятность, но и уже манифестные ее проявления, требующие лечебных, а возможно и реабилитационных мероприятий; Повышенный риск — с одной стороны как развитие не более чем отдельных признаков воздействия вредного фактора (но не заболевания), еще нозологически и этиологически безличных, незрелых, нуждающихся в начальных оздоровительных мероприятиях с неспецифическими, общеукрепляющими воздействиями; с другой стороны — как явные нарушения здоровья в понятиях профессиональных и/или профессионально обусловленных очерченных нозологических единиц, требующих лечения и/или реабилитации.

Но ни в одном из нормативных документов или учебных руководств по профпатологии не было

дано разъяснения различиям между этими двумя понятиями «профессионального» риска, доступного широкой массе врачей, привлекающейся к проведению ПМО и не искушенных в профпатологических нюансах терминологии, почему требование по формированию на ПМО групп риска развития профессиональных заболеваний оставалось «вещью в себе» за скобками ПМО, а на профпатологических конгрессах и съездах сообщения типа «Медицинская реабилитация рабочих групп риска развития профессиональной патологии органов дыхания» (разрядка наша) или «Критерием для формирования групп риска является не менее 3-х случаев с временной утратой трудоспособности по заболеваниям периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата за календарный год» вызвали недоумение.

Поскольку первичное звено профпатологии при проведении ПМО не имеет дела непосредственно с профессиональными рисками математического толка, лишь косвенно влияя на их показатели качеством диагностики состояния здоровья работающих, требования к формированию групп риска приказов № 83 от 16.08.2004 г., № 302н от 12.04.2011 г. означали, скорее всего, формирование группы повышенного риска – единственной формы риска, доступной диагностике первичным звеном профпатологии при проведении ПМО. Но это вновь не более, чем допущение, но опять-таки, что дозволено Юпитеру, не дозволено быку. Что означает в приказе № 29н от 28.01.2021 г. требование формирования «групп риска по развитию...» – не нам судить.

Понятие «ранние признаки воздействия...» аналогично вышеупомянутому «группа риска по развитию...», «подозрение на...» также осталось в прика-

зах № 83 от 16.08.2004 г. и № 302н от 12.04.2011 г. не только без дефиниции, но и без статистической номенклатуры. Поэтому не удивительно, что на вопросы к врачам, уже стажированным по проведению ПМО, относительно формирования контингентов с этими признаками воздействия вместо ответа следовало только пожимание плечами. Приказ № 29н от 28.01.2021 г. также предписывает (и также без дефиниций) формирование на ПМО контингентов с «ранними признаками воздействия...». Как это будет реализовано, проживем – увидим.

Таким образом, на фоне явных подвижек в профпатологическом менталитете, поразительную неопределенность обнаруживают основные дефиниции профпатологии – «профессиональное заболевание», «подозрение на профессиональное заболевание», «ранние признаки воздействия того или иного вредного фактора...», «группа риска по развитию профессионального заболевания». Складывается впечатление, что навязанные в зубах цитирования вышеизложенных положений ВОЗ и МОТ означают больше мимикрию под реальные преобразования, приукрашивание действительности, а не приверженность отечественной медицины труда к этим положениям, поскольку им так и не нашлось эквивалентов ни в ее дефинициях, ни в нормативно-законодательных документах по экспертизам профпригодности и связи заболевания с профессией.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Sarkisov DS. Essays on the structural foundations of homeostasis. M.: Medicine, 1977. 351 p. Russian (Саркисов Д.С. Очерки по структурным основам гомеостаза. М.: Медицина, 1977. 351 с.)
2. Virchow R. Morgagni and anatomical thought. (Speech delivered on March 30, 1894 at the XI International Medical Congress in Rome). M.: IR Kushnerev and K°, 1985. 18 p. Russian (Вирхов Р. Морганьи и анатомическая мысль. (Речь, произнесенная 30 марта 1894 г. на XI международном медицинском конгрессе в Риме). М.: Изд-во И.Р. Кушнерев и К°, 1985. 18 с.)
3. Stochik AM., Pal'tsev MA., Zatravkin SN. To the history of the emergence of pathological anatomy. *Archive of pathology*. 1999; 6: 47-52. Russian (Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н. К истории возникновения патологической анатомии //Архив патологии. 1999. № 6. С. 47-52.)
4. Popova TB, Zertsalova VI. Periodic medical examinations of those working in the conditions of the annual medical examination of the population. *Occupational health and occupational diseases*. 1990; 1: 7-12. Russian (Попова Т.Б. Зерцалова В.И. Периодические медицинские осмотры работающих в условиях ежегодной медицинской диспансеризации населения //Гигиена труда и профессиональные заболевания, 1990. № 1. С. 7-12.)
5. Occupational risk to workers' health (guidelines). Ed. NF Izmerov and EI Denisov. M.: Trovant; 2003. 448 p. Russian (Профессиональный риск для здоровья работников (руководство). Под ред. Н.Ф. Измерова и Э.И. Денисова. М.: Травант; 2003. 448 с.)

Сведения об авторе:

РАЗУМОВ Владимир Валентинович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой профпатологии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
E-mail: razumov2@rambler.ru

Information about author:

РАЗУМОВ Vladimir Valentinovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of occupational pathology, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia.
E-mail: razumov2@rambler.ru

Корреспонденцию адресовать: РАЗУМОВ Владимир Валентинович, 654005, г. Новокузнецк, пр-кт Строителей, д. 5, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. E-mail: razumov2@rambler.ru