



Медицина в Кузбассе



Научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г.Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43
E-mail: m-i-d@mail.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Директор:

С.Г. Петров

Макетирование:

А.А. Черных

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,
ул. Сарыгина, 29

Тираж: 500 экз.

Журнал распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. –
зам. главного редактора, Луцик А.А. – зам. главного редактора,
Михайлуц А.П., Разумов А.С. – ответственный секретарь,
Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк).

Спецвыпуск № 2 – 2004

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 2-2004: ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ И ЛИЦ, ТРАВМИРОВАННЫХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ. Материалы, посвященные 25-летнему юбилею ФГУ Центра реабилитации Фонда Социального Страхования РФ "Топаз". - Кемерово: Издат. Дом "Медицина и Просвещение", 2004. - 92 с.

Спецвыпуск содержит материалы по актуальным проблемам лечения и реабилитации профзаболеваний и лиц, травмированных на производстве.

Редакционная коллегия выпуска:

Ханченков Н.С. - председатель,
Кузнецова Т.В.,
Черно В.А.



Дорогие коллеги!

От лица руководства Фонда поздравляю вас — трудовой коллектив Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз» с 25-летием со дня начала работы. Прошло почти 9 лет с того дня, когда по решению Администрации Кемеровской области санаторий-профилакторий «Топаз» был передан в ведение Фонда. За это время трудовому коллективу «Топаза» при поддержке ФСС удалось превратить его в уникальное современное оздоровительное учреждение, осуществляющее реабилитационное лечение пострадавших на производстве от травм и профессиональных заболеваний, а также больных после операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и удаления желчного пузыря. Только за последние пять лет в «Топазе» оздоровлено 4 тысячи детей, около 14 тысяч взрослого работающего населения Кузбасса, в т.ч. около 1000 участников и инвалидов Великой Отечественной войны.

Хочу искренне поблагодарить всех, кто своими усилиями способствовал развитию и становлению Центра реабилитации «Топаз». Желаю всем вам успехов и новых творческих свершений во благо здоровья тружеников Кузбасса и всей России.



Председатель Фонда
социального страхования
Российской Федерации

Ю.А.Косарев



***Уважаемые
читатели журнала!***

В сети лечебно-профилактических учреждений Кузбасса при активном финансовом и организационном участии Фонда социального страхования Российской Федерации появилась новая современная здравница - Федеральное государственное учреждение Центр реабилитации «Топаз». В последние четыре года в результате значительной реконструкции, оснащения современным оборудованием, укомплектования высоко квалифицированными кадрами «Топаз» из маленького заурядного ведомственного санатория-

профилактория превратился в Федеральный центр реабилитации лиц, пострадавших на производстве от травм и профессиональных заболеваний. Сегодня коллектив Центра реабилитации «Топаз» эффективно восстанавливает здоровье покалеченных на производстве людей, возвращая их к активной полноценной жизни.

За 25 лет работы санатория несколько десятков тысяч тружеников Кузбасса отдохнули и поправили в нем свое здоровье.

Пользуясь возможностью, от имени Администрации области поздравляю всех работников центра с юбилейной датой и сердечно благодарю коллектив врачей и медицинского персонала за добросовестный профессиональный труд.

Оставайтесь и впредь такими же необходимыми людям, ибо нет благороднее цели, чем забота о сохранении жизни и здоровья человека труда.

Заместитель Губернатора
Кемеровской области
по здравоохранению
и социальной защите населения

К. Курилов



Н.С. ХАНЧЕНКОВ

*Государственное учреждение Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования РФ*

ФЕДЕРАЛЬНОМУ ГОСУДАРСТВЕННОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ ЦЕНТРУ РЕАБИЛИТАЦИИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «ТОПАЗ» 25 ЛЕТ

В январе 2004 года исполняется 25 лет со дня начала работы Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз».

В феврале 1995 года в оперативное управление Государственного учреждения — Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации был передан санаторий-профилакторий «Топаз». За сравнительно короткое время (с февраля 1995 года по январь 2004 года) из санатория-профилактория на 100 коек, расположенного в приспособленном помещении, с неблагоустроенными спальными номерами, с 5 лечебными кабинетами, со штатом в 13 человек, здравница превращена в современный лечебно-оздоровительный комплекс. Федеральное государственное учреждение Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз».

При обзоре местности с автомобильной трассы и воздуха Центр реабилитации представлен оригинальным архитектурным комплексом в многоуровневом исполнении, органично вписывающимся в ландшафт гористой местности. Все три основных корпуса Центра реабилитации «Топаз» соединены теплыми переходами. При отделке зданий использованы современные строительные материалы, что делает их дизайн единственным в своем роде в архитектуре всех здравниц области.

Основными природными факторами здравницы являются сухой горный климат, благоприятный, насыщенный ароматами хвойного и березового леса чистый воздух, минеральная вода, добываемая из скважины № 3151 на территории Центра, для лечения заболеваний органов дыхания, пищеварения и почек.

Сегодня мощность Центра реабилитации «Топаз» составляет 245 коек. Центр реабилитации



имеет лицензию и сертификат высшей категории («А») на виды медицинской деятельности: медицинскую реабилитацию пострадавших на производстве с заболеваниями органов дыхания, нервной, костно-мышечной систем, последствиями черепно-мозговых травм, патологии позвоночника и конечностей; амбулаторно-курсовочное санаторно-курортное лечение по тем же профилям; лечение сопутствующих заболеваний всех профилей.

Лечебно-диагностическая база Центра реабилитации «Топаз» оснащена современным медицинским оборудованием, аппаратурой и представлена 2 отделениями для реабилитации пострадавших на производстве с профессиональными заболеваниями органов дыхания, нервной и костно-мышечной систем. В I-м квартале 2004 года будет открыто специализированное отделение для долечивания больных после оперативного лечения по поводу язвенной болезни желудка, 12-перстной кишки и резекции желчного пузыря.

Сегодня в ФГУ Центре реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз» трудятся 212 человек, из них 14 врачей (имеют специализации пульмонолога, психотерапевта, кардиоло-



га, профпатолога, ревматолога, гастроэнтеролога, отоларинголога, стоматолога, мануальной терапии, рефлексотерапевта, ультразвуковой и функциональной диагностики), 90 человек среднего медицинского персонала.

Развитие здравницы и превращение ее из санатория-профилактория в современное лечебно-профилактическое учреждение Центр реабилитации для пострадавших на производстве вследствие травм и профессиональных заболеваний стало возможным благодаря Фонду социального страхования РФ. В 1995 году, когда санатории-профилактории «умирали», Фонд откликнулся на просьбу Кузбасского регионального отделения и санатория-профилак-

тория «Топаз», принял здравницу в свое ведомство. Все эти семь лет Фонд выделял целевое финансирование на капитальное строительство, реконструкцию и оснащение здравницы новейшим медицинским оборудованием. Развитие здравницы проводится под постоянным методическим и практическим руководством Фонда.

Основной задачей Центра реабилитации «Топаз» на текущий момент и ближайшее будущее является удовлетворение потребностей в медицинской и социальной реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, санаторно-курортном лечении, оздоровлении граждан области.





Н.С. ХАНЧЕНКОВ, Е.А. ШЕБАЛИНА, Т.В. КУЗНЕЦОВА
ГУ Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования РФ
ФГУ Центр реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз»

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ «ТОПАЗ»

Первоначально на месте действующего Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз» (г. Мыски) начато было строительство базы отдыха для нескольких предприятий города. Инициатором был Миненков Роман Филиппович - директор Мысковского городского молочного завода, преуспевающего в 70-е годы предприятия.



Миненков Роман Филиппович - директор Мысковского гормолзавода в 1972 году, инициатор строительства санатория-профилактория "Топаз"

Начало строительства было оформлено приказом Кемеровского объединения «Молпром» 15 марта 1972 года № 97.

Земельный участок в 1,5 га вначале был выделен под строительство базы отдыха на долевых началах Мысковскому горздравотделу. Это было структурное подразделение горисполкома. Строительство было внеплановым, велось хозяйственным, строительные материалы приобретались с большими трудностями. Из многих предприятий, пожелавших иметь базу отдыха в окрестностях города, в конечном итоге остались

только три предприятия: Мысковский гормолзавод, Усть-Мрасская лесоперевалочная база и Мысковский горздравотдел. Такое положение сохранялось с 1972 по 1975 год.

Поскольку строительство базы отдыха официально власти никак не оформили, продолжать его было невозможно. Необходимо было принять меры.

14.11.1975 года состоялось совещание в Исполкоме Мысковского городского совета депутатов трудящихся. В совещании участвовали председатель горисполкома В.И. Калинин, директор Мысковского городского молочного завода Р.Ф. Миненков, главный врач Центральной городской больницы А.А. Лебедев, директор Усть-Мрасской лесоперевалочной базы Г.А. Попугаев.

На совещании рассматривался вопрос «О долевом участии в строительстве профилактория на 60 мест в окрестностях г. Мыски (на правом берегу р. Мрассу)»* (здесь и далее звездочкой помечены сведения, взятые из оригиналов документов, хранящихся в архиве Центра реабилитации «Топаз» — прим. авторов). Речь шла уже о строительстве *санатория-профилактория*, хотя в протоколе было записано решение о строительстве *профилактория*. В то время руководители не видели разницы между этими учреждениями, несмотря на то, что профилакторий никогда не входил и до сего времени не входит в перечень лечебно-профилактических учреждений.

В этот день было принято решение — на долевых началах строить санаторий-профилакторий на 60 мест, по 20 мест для каждого участника строительства. В Протоколе совещания пунктом № 5 было утверждено, что «Генеральным заказчиком и юридическим застройщиком определяется Мысковский городской молочный завод, который осуществляет руководство строительством и организацию вопросов, связанных с эксплуатацией».*

Более 8 месяцев после совещания решался вопрос об отводе земельного участка под строительство. В архивах здравницы сохранились два решения исполкома Мысковского городского совета депутатов трудящихся за июнь 1976 года под одним номером, но с разницей в датах в 2 дня.

Первое решение от 26.06.76 г. № 178: «...Отвести из состава городских земель в постоянное пользование ... дирекции Мысковского городского молочного завода земельный участок, расположенный в районе лесхоза, площадью 1,5 га под строительство на долевых началах профилактория для трудящихся гормолзавода, Усть-Мрасской лесоперевалочной базы и Мысковского горздравотдела...».*

Второе решение от 28.06.76 г. № 178: «...В связи с изменением генерального «Заказчика» по строительству на долевых началах базы отдыха трудящихся земельный участок площадью 1,5 га, расположенный в районе лесхоза, изъять от Мысковского горздравотдела... Отвести из состава городских земель в постоянное пользование... дирекции Мысковского городского молочного завода земельный участок, расположенный в районе лесхоза, площадью 1,5 га под строительство на долевых началах профилактория для трудящихся гормолзавода, Усть-Мрасской лесоперевалочной базы и Мысковского горздравотдела...». Таким образом, косвенно подтверждается, что на месте санатория-профилактория в начале 70-х годов строилась база отдыха для трудящихся трех предприятий города.

Следующим этапом было составление двух Актов от 15.04.77 г. об отводе границ участка Мысковскому гормолзаводу, о предоставлении в бессрочное пользование земельного участка в 1,5 га для капитального строительства и дальнейшей эксплуатации санатория-профилактория.

15.04.77 г. в отделе коммунального хозяйства городского Совета депутатов трудящихся г. Мыски состоялась Регистрационная запись проекта профилактория, утвержденного главным архитектором города, со сметной стоимостью 321196 рублей.

Еще одна немаловажная деталь — первоначально строящийся санаторий-профилакторий назывался «Волна». Подтверждением тому является Договор № 366 от 30.05.77 г. с Кузнецким металлургическим комбинатом о совместном использовании насосной станции, построенной на базе отдыха КМК, где санаторий-профилакторий фигурирует в качестве профилактория «Волна».

30.12.77 г. государственной приемочной комиссией подписан Акт приемки в эксплуатацию законченного строительством профилактория «Волна» на 100 мест. В акте началом строительства считается 1972 год, от даты издания приказа по Кемеровскому объединению «Молпром».

Акт о приемке санатория-профилактория был подписан с недоделанными работами, для их устранения был установлен срок — сентябрь 1978 года.

Фактически, санаторий-профилакторий «Волна», переименованный в санаторий-профилакторий «Топаз», начал свою работу с **3 января 1979 года**. В этот день по санаторию-профилакторию «Топаз» был издан первый приказ о зачислении в штат первых 13 человек, которые содержались за счет средств социального страхования, в т.ч. 10 человек медицинского персонала.

Первым главным врачом санатория-профилактория «Топаз» был назначен Пикельгаупт Герман Соломонович.



**Пикельгаупт Герман Соломонович –
первый главный врач
санатория-профилактория "Топаз"**

Здание санатория-профилактория было не типовое, т.к. строилась база отдыха, 6 спальных номеров были благоустроенными, остальные на 2-3-4 человека без каких-либо удобств, с туалетными комнатами и душем в коридоре. Лечебная база была представлена кабинетами физиотерапии, ингалятором, процедурным кабинетом, водолечебницей на 5 ванн.

В санатории-профилактории оздоравливались работники всех предприятий, обслуживаемых областным комитетом профсоюза работников пищевой промышленности (в то время средствами социального страхования управляли профсоюзы), т.е. работники предприятий общественного питания, мясной, молочной промышленности, спирткомбинатов, хлебокомбинатов, кроме того, работники Усть-Мрасской лесоперевалочной базы.

Профсоюзный комитет Мысковского гормолзавода, поскольку санаторий-профилакторий был



на балансе гормолзавода, составлял разнарядку на путевки по предприятиям.

Со всеми предприятиями Мысковский гормолзавод заключал договора на оздоровление определенного количества работников от каждого предприятия. Предприятия перечисляли средства на хозяйственное содержание санатория-профилактория, на заработную плату обслуживающего персонала, питание, лечение, культобслуживание отдыхающих. Средства социального страхования гормолзаводу перечислял обком профсоюза работников пищевой промышленности. Все средства поступали на счет балансодержателя, т.е. Мысковского гормолзавода. Такое положение было до 1986 года.

В 1985 году создается Агропромышленный комитет Кемеровской области, которому переподчиняются все предприятия сельского хозяйства, пищевой и перерабатывающей промышленности, сельского строительства. В марте 1986 года объединяются два обкома профсоюза — обком профсоюза работников сельского хозяйства и обком профсоюза рабочих пищевой промышленности. Образуется обком профсоюза работников агропромышленного комплекса.

С 1986 года обком профсоюза работников агропромышленного комплекса составлял разнарядку на путевки в санаторий-профилакторий «Топаз» по профсоюзным комитетам предприятий Агропромышленного комитета согласно числу членов профсоюза на предприятиях. Эта разнарядка утверждалась обкомом профсоюза совместно с Агропромышленным комитетом. Профсоюзный комитет Мысковского гормолзавода, согласно разнарядке, рассылал путевки по профсоюзным комитетам предприятий, которые распределяли их работникам и членам их семей. Стоимость путевок в то время была 136 рублей, 20 % всех путевок выдавались бесплатно, остальные — с взиманием частичной стоимости в размере 16 рублей. Срок лечения в санатории-профилактории был установлен 24 календарных дня.

Средства социального страхования на зарплату обслуживающему персоналу (согласно штатному расписанию, утвержденному Центральным комитетом профсоюза работников агропромышленного комплекса по нормативам, установленным ВЦСПС), питание, лечение и культобслуживание отдыхающих перечислял на счет гормолзавода Кемеровский областной комитет профсоюза работников агропромышленного комплекса. Средства на хозяйственное содержание санатория-профилактория перечислял Агропромышленный комитет за все подчиненные ему предприятия.

В связи с тем, что единственный в то время корпус санатория-профилактория был, в основном, не благоустроенным, Кемеровское объеди-



**Так проводили досуг отдыхающие
в санатории-профилактории в 80-е годы**

нение молочной промышленности («Молпром») в 1984 году принимает решение о строительстве 2-го корпуса, благоустроенного, с 2-х местными спальными номерами.

8-12.06.84 г. составляется протокол совместного заседания по рассмотрению вопроса реконструкции и капитального ремонта санатория-профилактория «Топаз». Утвержден этот протокол, с одной стороны, Кемеровским объединением молочной промышленности, с другой — трестом «Сибметаллургмонтаж». В протоколе отражено, что стороны берут на себя обязательства по реконструкции и капитальному ремонту санатория-профилактория. При этом, «...Финансирование по реконструкции и ремонту санатория-профилактория осуществляет трест «Сибметаллургмонтаж»... Оборудование и материалы для ремонта, обновление мебели и инвентаря за счет объединения молочной промышленности и треста «Сибметаллургмонтаж»... В качестве посредника выступает Мысковский гормолзавод...».*

Несмотря на то, что в протоколе речь шла о реконструкции и капитальном ремонте санатория-профилактория «Топаз», фактически шло строительство корпуса № 2, соединенного с главным корпусом теплым переходом.

14.02.1986 года Мысковский гормолзавод, по Акту приемки-передачи, безвозмездно передает основные средства санатория-профилактория тресту «Сибметаллургмонтаж». В акте речь шла о корпусе № 2, правда не понятно, что имелось в виду, т.к. официально строящийся корпус № 2 нигде не числился. Такая сделка в то время считалась не действительной, так как основные средства находились на балансе Мысковского гормолзавода, и являлись государственной собственностью, а передаваться с баланса на баланс могли только по решению вышестоящего органа и исполнительной власти. Но такого разрешения не было.



С 1984 по 1989 год строился корпус № 2, который, как и многое другое, был долгостроем.

27.06.1989 года, в связи с тяжелым финансовым положением, на основании постановления ГКО «Кемеровомолагропром» и президиума обкома профсоюза работников агропромышленного комплекса, а также приказа от 21.06.1989 г. Агропромышленного комбината «Новокузнецкий», в состав которого к этому времени входил Мысковский гормолзавод, санаторий-профилакторий «Топаз» был выделен в «самостоятельную единицу», по современным понятиям — в юридическое лицо. Об этом свидетельствует Акт приемки-передачи санатория-профилактория «Топаз» от Мысковского гормолзавода в лице директора и главного бухгалтера в «самостоятельную единицу», в лице главного врача и главного бухгалтера.

С 27.06.1989 по 1994 год санаторий-профилакторий был «самостоятельной единицей», нигде и никем не зарегистрированной.

24.10.1994 года Устав санатория-профилактория «Топаз» был официально зарегистрирован Администрацией Новокузнецкого района.

В качестве учредителя «Государственного предприятия санатория-профилактория «Топаз» выступил Комитет по государственному имуществу Администрации Кемеровской области.

Все эти годы самостоятельности санаторий-профилакторий уже оздоравливал работников всех отраслей области. Средств социального страхования у предприятий-страхователей в то время было достаточно (тарифы на страховые взносы по разным отраслям составляли в то время от 4 до 18 % от фонда оплаты труда). Поэтому путевки в санаторий-профилакторий «Топаз», находящийся в экологически чистой местности, у подножия горы и рядом с рекой, приобретались с удовольствием.

Наверное, благодаря этому, в 1986-1991 гг. санаторий-профилакторий работал на полную мощность.

Первый сбой произошел в 1992 году, когда здравница была заполнена только на треть своей коечной мощности.

В связи с резким упадком промышленного производства в девяностые годы, предприятия-страхователи не могли оплачивать путевки даже за счет средств государственного социального страхования, в счет начисленных страховых взносов.

Несмотря на то, что санаторий-профилакторий был самостоятельным, но от обкома профсоюза работников агропромышленного комплекса фактически, в части заполняемости здравницы, не отделился. Обком профсоюза, как мог, помогал, распространяя путевки. Но помощь была не достаточной.

Стоящая вплотную к территории санатория-профилактория детско-юношеская горнолыжная спортивная школа имела (и имеет в настоящее время) горнолыжный подъемник и две горнолыжные трассы на склоне горы «Топаз». Руководство санатория-профилактория вынуждено было, кроме путевок на лечение, продавать и путевки на отдых, в основном, на выходные дни. Радужный прием отдыхающих, предоставление максимума возможных в то время услуг, возможность покататься на лыжах с горы зимой, покататься в реке летом привлекали желающих отдохнуть, не только жителей нашей области, но и близлежащих — Новосибирской, Томской, Красноярского края. Это позволяло санаторию-профилакторию как-то выжить.

В 1991 году был образован Фонд социального страхования РСФСР. При Кемеровском обкоме профсоюза работников агропромышленного комплекса в 1992 году было образовано областное отделение Фонда социального страхования работников агропромышленного комплекса. Два года это отделение самостоятельно управляло средствами государственного социального страхования для застрахованных — работников агропромышленного комплекса области.

Средства социального страхования направлялись и на строительство 2-го корпуса санатория-профилактория «Топаз», несмотря на то, что действовавшим в то время законодательством это не было предусмотрено.

1992-1994 годы санаторий-профилакторий работал на треть или на половину мощности. При этом за путевки поступали только средства социального страхования, которые предусматривались на заработную плату персонала, питание, лечение и культобслуживание отдыхающих. На хозяйственное содержание средства не поступали. Приходилось на поступающие средства содержать ее полностью. Поэтому персонал, сокращенный до минимума, много месяцев не получал заработную плату. Необходимо было принимать какие-то меры.

Главным врачом санатория-профилактория «Топаз», после выделения его в самостоятельную единицу, была назначена Шебалина Екатерина Александровна, которая и по сегодняшний день возглавляет эту здравницу.

Именно ей пришлось пройти все инстанции, от обкома профсоюза работников агропромышленного комплекса, Администрации Новокузнецкого района до Администрации Кемеровской области. Некоторое время речь шла и об акционировании здравницы.

Наконец к концу лета 1994 года обратилась в Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования РФ. В это время в области, как и по всей России, решался вопрос о переда-



че здравниц, которые были построены или содержались за счет средств социального страхования, Фонду социального страхования РФ.

Руководство Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ, в лице управляющего отделением Ханченкова Николая Степановича, согласилось принять санаторий-профилакторий «Топаз» в состав регионального отделения и взять на себя ответственность за его содержание, работоспособность, и обратилось в Фонд социального страхования Российской Федерации для принятия окончательного решения.

К этому времени санаторий-профилакторий пришел в упадок. Основные средства — медицинское оборудование, мягкий и твердый инвентарь — морально устарели и физически износились. Строительство корпуса № 2 было заморожено. Средств социального страхования, поступавших от обкома профсоюза работников агропромышленного комплекса, хватило только на покрытие корпуса кровлей, установку решеток на оконных проемах и металлических дверей.

Основанием для приемки санатория-профилактория «Топаз» Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования РФ явилось Решение Комитета по управлению государственным имуществом Администрации Кемеровской области от 01.11.94 года № 02-2389/9 «О реорганизации санатория-профилактория «Топаз» путем присоединения с Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования РФ». В решении было записано «передать на баланс» регионального отделения.

Но, поскольку дело это было новое, санаторий-профилакторий являлся юридическим лицом, и Положение о Фонде социального страхования РФ, утвержденное Правительством РФ, принять его на баланс регионального отделения не позволяло, вопрос рассматривался с ноября 1994 года по февраль 1995 года.

06.02.1995 года Фонд социального страхования РФ принял постановление № 07-06 «О санатории-профилактории «Топаз» Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ», которое обязывало региональное отделение «...принять, в соответствии с решением Кемеровского областного комитета по управлению государственным имуществом, в полное хозяйственное ведение санаторий-профилакторий «Топаз».



Таким санаторий-профилакторий "Топаз" был передан региональному отделению (февраль 1995 г.)

С этого времени началась новая жизнь бывшего санатория-профилактория «Топаз», ныне действующего Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз».

6 февраля 1995 года санаторий-профилакторий был реорганизован в санаторий «Топаз» Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ, с коечной мощностью 100 мест.

С момента приема санатория «Топаз», Кузбасское региональное отделение взяло на себя ответственность за его работу на полную мощность.

В связи с тем, что в области не было детского специализированного лагеря, в котором бы дети могли получить лечение, Кузбасским региональным отделением в мае 1995 года было принято решение организовать оздоровительный лагерь санаторного типа на базе санатория «Топаз» в летний период. В этот год на базе санатория «Топаз» получили лечение 600 детей, как работающих, так и детей из школ и домов-интернатов.

Последующие 1995-1997 гг. дети оздоравливались в санатории «Топаз» только в летний период. Все остальное время года санаторий принимал на лечение и отдых взрослое население области. Всего за этот период получили лечение и отдохнули 3104 ребенка школьного возраста.

В 1997-98 гг. в области сложилось крайне тяжелое экономическое положение. Большинство предприятий простаивали, работники по многу месяцев не получали заработную плату. Качество питания детей в школах и дома значительно ухудшилось. Кроме того, неблагоприятное влия-

ние окружающей среды, нарушение санитарно-гигиенических требований при организации обучения и воспитания, увеличение учебных нагрузок привели к росту заболеваемости детей всех возрастов. Особенно увеличилась заболеваемость болезнями органов дыхания, пищеварения, нервной и костно-мышечной системы.

Подавляющее большинство родителей не имели финансовой возможности вывезти детей для санаторного лечения в другие регионы. Стала очевидной необходимость санаторного оздоровления детей после проведения стационарного и амбулаторного лечения в своей области.

В мае 1998 года региональным отделением было принято решение открыть на базе санатория «Топаз» детский оздоровительный лагерь санаторного типа круглогодичного действия на 75 мест, а после реконструкции корпуса № 1 — на 150 мест.

Здравница расположена в экологически чистой местности, у подножия горы «Топаз» на берегу реки Мрас-Су, окружена хвойными и лиственными породами деревьев. Если к этому добавить чистейший озонированный воздух, собственную минеральную воду, то станет понятно, что санаторный лагерь стал осуществленной мечтой для побывавшей здесь детворы.

Кроме природных факторов, администрация санатория предоставила для оздоровления детей лечебно-диагностическую базу с кабинетами водогрязелечения, физиотерапии, лечебной физкультуры. Для лечения органов дыхания была

оборудована, в то время являвшаяся редкостью, спелеокамера с использованием натуральных блоков солей калия, привезенных с Урала.

Для обеспечения полноценного и эффективного оздоровительного процесса в санатории для детей было организовано пятиразовое питание. В учебное время года педагоги школ г. Мыски продолжали учебный процесс в учебных классах санаторного лагеря.

В это же время Фонд социального страхования РФ выделяет целевое финансирование на реконструкцию санатория «Топаз» в части окончания строительства корпуса № 2. Проект корпуса был пересмотрен. Согласно новому проек-



Горнолыжная трасса, прилегающая к территории
Центра реабилитации "Топаз"





Занятия проходили в учебных классах детского санаторного лагеря "Топаз"

ту, была проведена перепланировка спальных комнат (предусмотрены ванны и душевые комнаты). В строящийся корпус перенесена лечебная база.

В августе 1998 года корпус № 2 был принят в эксплуатацию. Это корпус с благоустроенными одно-двухместными номерами, с современной строительной отделкой и оснащением, как медицинским оборудованием, так и твердым и мягким инвентарем.

В мае 1999 г., после выделения Фондом социального страхования РФ целевого финансирования, на реконструкцию был поставлен корпус

№ 1. Детский оздоровительный лагерь санаторного типа из корпуса № 1 был переведен в корпус № 2 на мансардный этаж.

Реконструкция корпуса № 1 была проведена в течение 1999 года. После реконструкции корпус № 1 приобрел современный внешний вид и внутреннее благоустройство. Был укреплен фундамент, надстроен четвертый этаж, пристроена столовая в двух уровнях, учебная часть для детей, тренажерный зал и т.д.

В результате реконструкции, область получила прекрасный детский санаторный лагерь круглогодичного действия. Дети оздоравливались круглогодично. За 1998-2001 гг. лечение получили 4560 детей школьного возраста.

12.03.1999 года, по решению Комитета по управлению государственным имуществом Кемеровской области, санаторию «Топаз» присвоен статус *Государственного учреждения санаторий «Топаз»*.

В 1999-2001 годах на базе Государственного учреждения санаторий «Топаз» Кузбасское региональное отделение оздоравливало инвалидов и участников Великой Отечественной войны. В эти годы, за счет средств государственного социального страхования, санаторное лечение полу-

И лечебная процедура ребятам была не в тягость...



Участницы конкурса "Мисс Топаз"



После сауны хорошо поплескаться в бассейне...

После учебных занятий и лечебных процедур можно и повеселиться





Корпус № 1 после реконструкции (до реконструкции – см. выше)

чили около 1 тысячи человек из этой категории ветеранов.

Уютная, домашняя обстановка в здравнице, внимательное, чуткое отношение медицинского и обслуживающего персонала, вкусная и калорийная пища, организация досуга - и ветераны уезжали из санатория со словами глубокой благодарности. Это видно из оставленных ими фотографий, книги благодарностей (жалоб просто не было), стихов в память о пребывании в санатории.

06.01.2000 года, вступил в действие Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев и профессиональных заболеваний». Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования РФ в сентябре 2000 года принимает решение открыть на базе Государственного учреждения санаторий «Топаз» специализированное отделение на 30 коек для санаторного этапа медицинской реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

В то время региональное отделение проводило страховое обеспечение более 31 тысячи пострадавших на производстве, из которых 7,5 тысяч, по заключению учреждений медико-социальной

экспертизы, нуждались в санаторно-курортном лечении. Число нуждающихся в этом виде реабилитации росло с каждым кварталом, т.к. пострадавшие уже поняли стабильность обеспечения по страхованию от несчастных случаев и профзаболеваний, и обращались в бюро МСЭ за дополнительными видами обеспечения, а в региональное отделение — за их предоставлением.

Возникла необходимость увеличить количество коек в Государственном учреждении санаторий «Топаз» для реабилитации пострадавших на производстве. Увеличение коечной мощности для санаторной реабилитации пострадавших на производстве

возможно было только при перепрофилировании в реабилитационное отделение для пострадавших оздоровительного лагеря санаторного типа. При этом, коечная мощность санатория уменьшалась на 50 коек, т.к. 3-4-х местные номера необходимо было переоборудовать в 2-х местные.

Ветераны души всегда молоды...



**Ветераны Великой
Отечественной войны
в санатории "Топаз"
9 мая 2000 г.**



При принятии решения было принято во внимание то, что к этому времени многие санатории области открыли на своей базе детские лагеря санаторного типа круглогодичного действия и дети, в случае закрытия лагеря, не пострадают. Учитывалась также большая потребность в путевках в Государственном учреждении санаторий «Топаз» на санаторный этап реабилитации. В некоторых территориях области на 1 путевку в нашу здравницу претендовали 2-3 человека. Расположенный в красивейшем месте, предоставляющий качественную медицинскую помощь, имеющий персонал, уважительно относящийся к нуждам больных и инвалидов, санаторий снискал популярность среди пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

Региональное отделение принимает решение о закрытии детского лагеря санаторного типа на базе санатория и переводе полностью всего санатория на обслуживание пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

Вновь в корпусе № 1 была проведена внутренняя перепланировка, детские комнаты разделены на 1-2 местные спальные номера.

С 1 апреля 2001 года на базе нашей здравницы получают медицинскую реабилитацию только пострадавшие на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний. В то же время, на санаторно-курортное лечение в виде амбулаторно-курсового (без проживания) лечения сопутствующих заболеваний всех профилей принимаются все желающие.

16 декабря 2002 года приказом № 220 Фонда социального страхования РФ, в целях приведения учредительных документов здравницы в соответствие с нормами Гражданского кодекса РФ и фактическими задачами, санаторию «Топаз» присвоен статус *Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз»*.

9 января 2003 года Федеральное государственное учреждение Центр реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз» (далее — Центр реабилитации «Топаз») включен в государственный реестр юридических лиц.

Центр реабилитации «Топаз» продолжает развиваться.

В 2002 году региональное отделение производило страховое обеспечение уже более 33 тысяч пострадавших на производстве. Увеличилось и число пострадавших, нуждающихся в реабилитационном лечении. Для приема всех желающих 150 коек здравницы было явно недостаточно. Поэтому вновь проводится перепланировка в корпусе № 2, где с мая 2002 года дополнительно вводятся еще 20 коек. Мощ-

ность увеличивается до 170 коек, но и их недостаточно.

В 2000 году Фонд социального страхования РФ, по просьбе регионального отделения и в то время еще санатория «Топаз», принимает решение о строительстве лечебно-оздоровительного корпуса, состоящего из блоков «А», «Б» и «С», и связанного со спальными корпусами теплым переходом.

Но из-за недостаточности коечной мощности, первоначальный проект пересматривается, и в лечебно-оздоровительном корпусе выделяются спальные 2-х местные комнаты на 40 коек.

С 1 апреля 2003 года блок «А» лечебно-оздоровительного корпуса введен в действие, мощность Центра реабилитации увеличилась до 215 коек.

Лечебная база переведена в лечебно-оздоровительный корпус № 3. В мансардной части корпуса № 2, где размещались лечебные кабинеты, проведена перепланировка, и с 1 октября 2003 года введены в действие еще спальные комнаты на 30 коек.

В настоящее время, когда здравнице исполняется 25 лет, она из санатория-профилактория, расположенного в приспособленном помещении, с неблагоустроенными спальными номерами, с несколькими лечебными кабинетами, со штатом в 13 человек, из них медицинского персонала 10 человек, усилиями Фонда социального страхования РФ, Кузбасского регионального отделения Фонда, администрации здравницы, превращена в современный лечебно-оздоровительный комплекс. От прежнего санатория-профилактория осталось только название «Топаз» и его традиции радушного приема нуждающихся в лечении людей.

Вот какое впечатление сложилось у корреспондента газеты «Московский комсомолец» Анны Трениевой, побывавшей проездом в «Топазе»: «...И еще один сюрприз поджидал на обратном пути. Недалеко от Мысков, среди сосен, притаился санаторий «Топаз». Честно признаться, слово «санаторий» ассоциируется у меня с неказистым, старомодным домом, скучающими старичками на лавочках и тихой умиротворенной атмосферой. «Топаз» поразил размахом строительства и красотой. Суперсовременное здание, отделанный мрамором холл, площадка с фонтаном и бассейном — было от чего изумиться искушенному городскому жителю. Словом, «МК» в гостях понравилось!..» («Московский комсомолец», 2003, № 8).

Сегодня мощность Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз» составляет 245 коек. Работают два отделения реабилитации — для лечения пострадавших на про-



**Лестница из холла
лечебно-оздоровительного
корпуса на 2-й этаж**

изводстве с заболеваниями органов дыхания, и для лечения пострадавших с заболеваниями нервной, костно-мышечной систем, последствиями производственных травм, в том числе, 5 коек для реабилитационного лечения пострадавших на производстве от тяжелых травм непосредственно после стационарного лечения. Это вид услуги введен в Перечень реабилитационных мероприятий для пострадавших на производстве Федеральным Законом в июле 2003 года, и только начинает развиваться. Фонд социального страхования РФ поручил Центру реабилитации «Топаз» его апробировать, наработать практику для распространения по всей России.

Сегодня Центр реабилитации располагает мощной лечебно-диагностической базой, которая представлена полным набором традиционных кабинетов: водолечения, грязелечения, гидромассажа, механотерапии, физиотерапии, лечебной физкультуры, ингаляций, кислородных коктейлей, иглорефлексотерапии, ручного и механического массажа, магнитотерапии.

Для лечения заболеваний органов дыхания имеется прекрасно оборудованный кабинет спелео-климатолечения на 20 мест одномоментного приема больных.



**Лечебно-оздоровительный корпус
Центра реабилитации "Топаз"**

Для лечения заболеваний позвоночника открыты современно оборудованные кабинеты под-



**Лечебно-диагностическая лаборатория.
Врач Кутарева Г.А. за работой**

вые по составу, и слабощелочные по характеру среды. Бальнеологическая ценность и лечебные свойства минеральной воды Центра реабилитации «Топаз» обусловлена повышенным содержанием в воде растворенных органических веществ.

Проходящие реабилитацию люди пострадали на производстве не только физически, но и морально. В Центре реабилитации они имеют возможность полечить не только тело, но и душу. Для этого, с благословения Архиепископа Кемеровского и Новокузнецкого Владыки Софрония, в Центре реабилитации «Топаз» открыта домовая церковь.

водного горизонтального и, нового в нашей области, вертикального вытяжения.

Центр реабилитации имеет кабинеты функциональной диагностики (ЭКГ, спирография, стабилметрия), УЗИ, стоматологический. Имеется лаборатория с клиническим и биохимическим гемоанализаторами.

В Центре реабилитации имеются солярий, сауны и бассейны, тренировочный зал.

В качестве лечебного фактора применяется минеральная вода из скважины № 3151, находящейся на территории и принадлежащей Центру. По заключению Томского НИИ курортологии и физиотерапии, эта вода относится к XXVII-й группе вод: холодные слабо-минерализованные гидрокарбонатно-натриево-магниевые-кальцие-

Работает кафе с залом отдыха. Питание больные получают в столовой с двумя уютными залами. Питание пятиразовое, с действующей системой заказного меню.



**Домовая церковь
в Центре реабилитации "Топаз"**



**Столовая
Центра реабилитации "Топаз"**

Имеются все условия для активного отдыха: бильярд, спортивный зал, терренкуры прогулочные дорожки. Зимой — идеально чистый ослепительно белый снег, прозрачный морозный воздух, при отсутствии противопоказаний — прогулки на обычных и горных лыжах, а также на санях. Летом — дозированные солнечные ванны, летний открытый бассейн на территории здравницы, городской пляж в 500 метрах от корпусов, рыбная ловля зимой и летом.

К услугам любителей тишины и уединения — прекрасный библиотечный фонд, уютные уголки в помещении, беседки и скамейки на территории Центра.

Уголок для отдыха на территории
Центра реабилитации "Топаз"



Вечерний отдых



Переход из корпуса № 1
в корпус № 2.
Здесь можно отдохнуть
и послушать пение птиц



Е.А. ШЕБАЛИНА

ФГУ Центр реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз»

ДЕНЬ СЕГОДНЯШНИЙ И БУДУЩЕЕ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ «ТОПАЗ»



До 1995 года история нашей здравницы типичная для большинства аналогичных учреждений Кемеровской области, да и всей курортной системы страны. Это период образования, стабильной работы и неотвратимого угасания, вызванного резким спадом промышленного производства в 90-е годы, а, следовательно, и социальной сферы.

Но санаторий-профилакторий «Топаз» устоял, выжил исключительно благодаря человеческому фактору. Горстка энтузиастов (слабые духом ушли) не представляла возможным гибель своего учреждения, служащего здоровью рабочего населения нашей области. Не считаясь с личным временем, своим здоровьем, заработной платой, вернее, ее отсутствием, персонал выполнял любую работу, даже если она не была связана с прямыми обязанностями. Искусно скрывали вопиющую бедность материально-технической базы идеальной чистотой, творческим подходом к решению постоянно возникающих проблем, искренним дружелюбием к приезжающим на лечение людям.

Домашняя обстановка, сердечная забота об отдыхающих, изобретательность в организации

досуга и добрая репутация санатория-профилактория сохранялась даже в эти тяжелые годы.

Наряду с борьбой коллектива за выживание здравницы в 1993-1994 гг., последовательно проводился поиск радикальных мер по выведению санатория-профилактория из глубокого кризиса — от приватизации и акционирования до передачи на баланс рентабельных предприятий. Но произошло лучшее из того, что можно было ожидать и сделать.

На крик о помощи, в которой нуждался не только санаторий-профилакторий, но и большое население Кузбасса, откликнулся управляющий Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Ханченков Николай Степанович. Приехав в санаторий-профилакторий, изучив и оценив природно-климатические возможности здравницы, он предотвратил неминуемую гибель «Топаз», выступив ходатаем перед Фондом социального страхования Российской Федерации, предопределив ему второе рождение.

Благодаря руководству Фонда социального страхования РФ, особенно председателю Фонда Юрию Алексеевичу Косареву, его отноше-



нию к вопросам оздоровления населения России, бывший санаторий-профилакторий «Топаз» сегодня развивается как Федеральное государственное учреждение Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз». Только благодаря Фонду, который ежегодно выделяет финансирование на капитальное строительство и развитие материально-технической базы, стало возможным то, что сегодня имеет «Топаз». Развитию Центра реабилитации «Топаз» все эти годы способствует постоянный контроль и практическая помощь заместителя председателя Фонда Лобанова Сергея Николаевича.

Учитывая заботу Фонда социального страхования РФ о здоровье пострадавших на производстве и тот вклад, который руководители Фонда внесли в строительство Центра реабилитации «Топаз» для этой категории граждан нашей области, решением Губернатора области А.М. Тулеева они награждены областными наградами: Косарев Ю.А. — Медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса» I-й степени, Лобанов С.Н. — Медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса» III-й степени.

С 1995 года началось наращивание коечной мощности Центра реабилитации «Топаз». Одновременно с коечной мощностью рос и развивался кадровый потенциал, что хорошо видно в приведенной таблице.

Таблица
Динамика коечной мощности и кадрового потенциала
Центра реабилитации "Топаз"

Наименование	1995 г.	1999 г.	2000 г.	6 мес. 2003 г.	На 01.10.2003 г.
Количество коек	100	125	200	215	245
Число врачебных ставок	3	4	4	12,5	14
Количество врачей (физические лица)	2	3	3	12	14
Укомплектованность (%)	75	75	75	96,5	100
Врачи, имеющие категорию	-	1	1	6	8

В настоящее время укомплектованность врачебными кадрами составляет 100 %. Укомплектованность средними медицинскими работниками — 93,1 %.

Коечный фонд распределен следующим образом:

- 80 коек для лечения заболеваний органов дыхания;
- 80 коек для лечения заболеваний костно-мышечной системы, последствий производственных травм;
- 50 коек для лечения заболеваний нервной системы;
- 30 коек для открывающегося в I-м квартале 2004 г. специализированного отделения по до-

лечиванию больных после операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и удаления желчного пузыря;

- 5 коек для реабилитационного лечения пострадавших непосредственно после тяжелых производственных травм.

Вся инфраструктура Центра реабилитации «Топаз» рассчитана и создана с учетом организации благоприятных условий для реабилитационного лечения пострадавших на производстве людей. Даже тепловое жизнеобеспечение Центра в нашем угольном регионе осуществляется за счет использования дорогой электроэнергии. Но большие финансовые затраты позволяют сохранить первозданным микроклимат санаторной зоны, сберечь стерильный воздух прилегающего хвойного леса, ослепительную белизну снега зимой. Мощность электростанционной и очистных сооружений Центра рассчитаны с учетом его перспективного развития до 500 коек.

Но основное богатство Центра — это люди, кадровый потенциал, и здесь как нигде правомочно выражение «Кадры решают все». Труд в Центре реабилитации «Топаз» высоко интенсивный, количество коек — 245, число работников — 212, т.е. на одного отдыхающего приблизительно один сотрудник, в то время как в других лечебно-профилактических учреждениях этот показатель равен 3-3,5. Трудовой коллектив стабильный, текущей кадров практически нет. Большую роль в

этом играет возможность профессионального роста.

В Центре реабилитации «Топаз» сотрудники постоянно повышают свой профессиональный уровень. География баз переподготовки, где черпают свои знания специалисты Центра, чрезвычайно многообразна: от Новокузнецкого ГИДУВа до центральных институтов усо-

вершенствования Москвы и Санкт-Петербурга.

В Центре реабилитационные мероприятия пострадавшим на производстве проводят 14 врачей, восемь из них имеют квалификационные категории.

Но что бы стоила вся работа врачей, их назначения, применяемые методики без среднего медицинского персонала. Более 90 средних медицинских работников, профессионалов своего дела, работают в Центре реабилитации «Топаз». Это на их плечи ложится основная работа по уходу за больными, производство медицинских манипуляций. Это они, постоянно общаясь с пациентами, вселяют в них уверенность, а это немаловажный момент на пути к выздоровлению. Возглавляет



Пятиминутка у главного врача

этот большой коллектив главная медицинская сестра Гасникова Наталья Александровна.

теля главного врача по экономике Бугаевой Ольге Михайловне.



Гасникова Наталья Александровна – главная медицинская сестра Центра реабилитации "Топаз"

Без четко поставленной планово-экономической и финансовой работы достигнутые Центром результаты также были бы невозможны. Все экономические расчеты лежат на плечах замести-



Бугаева Ольга Михайловна – заместитель главного врача по экономике Центра реабилитации "Топаз"

Финансовую работу возглавляет главный бухгалтер Грязнова Людмила Александровна.



**Грязнова Людмила Александровна –
главный бухгалтер Центра реабилитации "Топаз"**

Много сделано с тех пор, как «Топаз» стал ведомственной здравницей Фонда социального страхования РФ, а точнее — все сделано заново. Прежним остались только название здравницы, да ее неоценимое для населения нашей области назначение.

Но очень многое еще предстоит сделать. Увеличить коечную мощность на 200-250 мест, пропускную способность столовой, построить мастерские для профессиональной реабилитации,

спортивные и культурно-досуговые помещения, площадки для спортивных игр и т.д. И это не просто мечты, а план перспективного развития Центра реабилитации «Топаз» до 2010 года, согласованный с Губернатором Кемеровской области Аманом Гумировичем Тулеевым, который создал режим максимального благоприятствования развитию здравницы, и деятельность которой он контролирует и поддерживает. Многие работники Центра реабилитации отмечены областными наградами: Медалью «За особый вклад в развитие Кузбасса» III-й степени, Почетными грамотами, Благодарственными письмами и денежными премиями.

Вкладывая средства в развитие здравницы, не оставляет ее без внимания и контроля Правительство Российской Федерации. С этой целью в 2002 году, находясь в области, посетил Центр реабилитации «Топаз» Министр труда и социального развития Починков А.П. Полностью осмотрев Центр реабилитации, побеседовав с проходящими реабилитационное лечение людьми, Александр Петрович положительно оценил его деятельность и высказал необходимость его дальнейшего развития.

В 25-летней истории Центра реабилитации «Топаз» есть одна замечательная особенность — путь развития нашего учреждения является зеркальным отражением развития нашей страны. Это придает уверенность, что жить «Топазу» и процветать, поскольку Россия у нас такая — живет и набирает силу.





В.А. ЧЕРНО

Кемеровская государственная медицинская академия,

ГУ Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ШАХТНОЙ ПАТОЛОГИИ, ТРАВМАТИЗМА И РЕАБИЛИТАЦИИ ШАХТЕРОВ

Со дня официального введения в действие Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125 – ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», т.е. с 6 января 2000 года, Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – ГУ – КРОФСС РФ) проводит реабилитацию пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Кемеровская область характеризуется не только сложной экономической обстановкой, но и серьезным положением в решении вопросов охраны и условий труда.

Состояние травматизма и профессиональной заболеваемости в разрезе некоторых региональных отделений Фонда (по состоянию на 01.01.2003 г.) представлено в таблице 1.

Динамика профессиональной заболеваемости в Кемеровской области за 2000-2002 гг. представлена в таблице 2.

Учитывая высокий удельный вес угольной отрасли в структуре народного хозяйства Кемеровской области, одной из наиболее актуальных проблем экономического развития Кузбасса и России в настоящее время является обеспечение стабильной работы топливно-энергетического комплекса. Сумев сохранить угледобывающие и углеперерабатывающие производства в период «реструктуризации» угольной промышленности, Кузбасс стал ведущим поставщиком энергетических и коксующихся углей в стране, о чем, в частности, шла речь на выездном заседании Госо-

вета в Междуреченске. Открытие новых шахт и разрезов, внедрение мощной горнодобывающей техники на действующих предприятиях не только увеличат численность подземных рабочих мест, но окажут существенное влияние на условия и организацию труда. Повышение производительности труда, несомненно, приведет к росту интенсивности воздействия на горнорабочих, подвергающихся воздействию неблагоприятных профессионально-производственных факторов. Это, в свою очередь, может негативно отразиться на состоянии здоровья шахтеров. Поднимутся и уровни производственного травматизма и профессиональной заболеваемости.

По показателям профессиональной заболеваемости Кузбасс в последние годы вышел на первое место по Российской Федерации.

В динамике за 1996-2001 гг. профессиональные заболевания в угольной промышленности составляют от всех профзаболеваний в целом по области 80,1-85,0 % (табл. 3).

По результатам освидетельствования работников угольной отрасли в профцентрах выявляется большая группа лиц, имеющих два и более профессиональных заболевания, что составляет по югу области 22 человека при первичном осмотре и 278 человек при повторном освидетельствовании; по северу – 47 человек и 413 человек, соответственно.

Наличие двух и более профессиональных заболеваний ухудшает реабилитационный прогноз и увеличивает экономические затраты на восстановление здоровья.

Учитывая специфику региона, в Кемеровской области наиболее изучен травматизм в угольной

Таблица 1
Состояние травматизма и профессиональной заболеваемости
в разрезе некоторых региональных отделений Фонда (по состоянию на 01.01.2003 г.)

Региональные отделения Фонда	В том числе:			
	Всего пострадавших	по несчастным случаям	по профзаболеваниям	по смешанным случаям
В целом по Фонду	522638	358662 (68,6 %)	159678 (30,5 %)	4298 (0,9 %)
Ростовское РО	39365 (7,5 %)*	24719 (62,7 %)	13728 (34,8 %)	916 (2,5 %)
Кузбасское РО	33009 (6,3 %)*	19654 (59,5 %)	12265 (37,1 %)	1093 (3,4 %)
Свердловское РО	23156 (4,4 %)*	13290 (57,4 %)	9718 (41,9 %)	148 (0,7 %)
Московское гор.	22970 (4,3 %)*	15832 (68,9 %)	7075 (30,8 %)	63 (0,3 %)

Примечание: * - удельный вес в структуре Фонда социального страхования РФ



Таблица 2
Динамика профессиональной заболеваемости
в Кемеровской области за 2000–2002 гг.

Наименование показателя	2000 г.	2002 г.
Случаев, признанных страховыми, всего	1222	4928
в т.ч. по впервые выявленным профзаболеваниям	321	1180

Таблица 3
Профессиональная заболеваемость (на 10000 работающих)

Годы	Российская Федерация	Кемеровская область	Угольная отрасль	
			РФ	Кемеровская область
1996	2,33	12,83	92,06	57,4
1997	2,32	14,97	81,09	78,0
1998	1,85	11,51	29,83	89,5
1999	1,77	11,98	29,41	71,2
2000	1,81	14,48	78,6	78,6
2001	2,24	18,42	-	113,3

отрасли. Показатели производственного травматизма составляют 9,5–10,7 на 1000 работающих, превосходя средние по Российской Федерации в 1,7–1,8 раз.

Кроме того, исследования, проведенные на шахтах Кузбасса, свидетельствуют, что среди работающих на предприятиях отрасли высоки показатели производственного травматизма, на который приходится 57 % всех травм шахтеров.

Таким образом, высокий травматизм и заболеваемость, в т.ч. профессиональными заболеваниями, свидетельствуют о том, что большая часть шахтеров трудоспособного возраста не занята производительным трудом в связи с временной и стойкой утратой трудоспособности.

Общие экономические потери угольной отрасли Кузбасса от снижения численности рабочих, занятых в производстве, соответственно, уменьшение объемов добычи угля, составляют более 100 миллионов рублей ежегодно. Помимо экономического ущерба, обращает на себя внимание наиболее тяжелый социальный фактор: стойкая утрата трудоспособности, инвалидизация и безвозвратные потери при авариях.

Учитывая высокий удельный вес угольной отрасли в народном хозяйстве Кузбасса, позволим себе привести несколько наиболее характерных для Кемеровской области показателей расходования средств государственного социального страхования на выплату пособий по временной и стойкой утрате трудоспособности от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, в том числе:

- расходы на пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве и профзаболеваниями в

2002 г. составили 61626,0 тыс. рублей, за 9 месяцев 2003 г. — 47949,5 тыс. рублей;

- расходы на единовременные выплаты пострадавшим на производстве в 2002 г. составили 26684,0 тыс. рублей, за 9 мес. 2003 г. — 18416,6 тыс. рублей;

- расходы на ежемесячные выплаты в 2002 г. составили 1358140,4 тыс. рублей, за 9 мес. 2003 г. — 1145962,6 тыс. рублей;

- на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию пострадавших, частичную оплату предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний в 2002 г. направлено 196402,9 тыс. рублей, за 9 мес. 2003 г. — 188328,8 тыс. рублей.

Из приведенных данных видно, что только при комплексном подходе к изучению технических, медицинских, социальных и экономических факторов, оказывающих непосредственное влияние на состояние здоровья шахтеров Кемеровской области, можно будет повлиять на положение дел в отрасли. При этом опираться следует, в том числе, и на результаты многолетних исследований состояния здоровья и травматизма шахтеров, которые убедительно доказывают целесообразность и медико-социальную обоснованность введения в медицинскую терминологию и статистическую отчетность понятия «шахтной патологии».

Под термином «шахтная патология» подразумевается совокупность причинно-следственных связей между неблагоприятными профессионально-производственными факторами угольного производства, риском развития патологии, а также нарушениями ассоциативных связей в центральной нервной системе. Все это приводит к неадекватным реакциям шахтера и, как следствие, к возникновению аварийных ситуаций.

Детальный анализ уровней и структуры соматической заболеваемости шахтеров позволил установить определенные закономерности в характере их распространения. По всем анализируемым классам болезней уровень заболеваемости шахтеров значительно выше по сравнению с другими профессиональными группами. Это, прежде всего, болезни органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы и органов чувств, кожи и подкожной клетчатки, системы кровообращения, пищеварения, мочеполовой системы. Обращает на себя внимание широкая распространенность среди шахтеров психических расстройств.

Перечисленные выше классы болезней характерны и для других групп населения области, но особенностью шахтной патологии является длительность течения заболевания, зачастую пере-



ход патологического процесса в хроническую форму. Группы длительно и часто болеющих в угольной промышленности в 3-5 раз выше по сравнению с другими отраслями. Это свидетельствует о своеобразии этиологии и патогенеза развития болезней, обусловленных спецификой шахтного производства, агрессивностью обрабатываемых углей.

Условия формирования угольных месторождений в различные геологические периоды определили состав и свойства углей, глубину и угол залегания пластов, их газообильность, скорость протекания процессов метаморфизма. Все это привело к разнообразию горно-геологических условий угольных месторождений и, соответственно, особенностям технологий отработки угольных пластов, условий и содержания труда шахтеров.

Совокупность действующих факторов, в конечном счете, отражается на риске развития патологических состояний в организме подземных рабочих, на их психофизиологическом статусе.

Так, уровни распространенности наиболее характерной патологии возрастают с увеличением угла наклона обрабатываемого пласта, что, на наш взгляд, определяется долей ручного труда горнорабочих и биологической агрессивностью углей. Изменяется процентное соотношение подготовительно-заключительных, основных и вспомогательных операций и, соответственно, время и интенсивность действия неблагоприятных профессиональных факторов. Это подтверждает анализ заболеваемости по способам выемки.

В целом, по изученным классам болезней, уровень заболеваемости шахтеров выше при буровзрывной и навалотбойной технологиях отработки пластов. Вместе с тем, болезни нервной системы и органов чувств, кровообращения, кожи и подкожной клетчатки чаще регистрируются при комплексно-механизированном способе выемки, что может быть связано с вещественным составом углей. Физико-механические и углехимические свойства углей определяются, в том числе, мощностью пласта, вмещающими породами, а это также накладывает отпечаток на технологию выемки.

Установлено, что с увеличением мощности пласта уровень производственно обусловленной патологии возрастает. Достоверно значимых различий уровней заболеваемости в зависимости от производительности труда мы не обнаружили. Однако имеется тенденция роста заболеваемости (по некоторым классам болезней) с увеличением производительности до 4-х тонн в сутки на одного горнорабочего. С увеличением производительности свыше 4-х тонн, роста не отмечается, что расценивается нами как достижение критической

точки неблагоприятных факторов, после которой время и интенсивность их действия принципиального значения не имеют.

Принимая во внимание то, что угли являются сложными химическими комплексами, значительно отличаются друг от друга по составу, свойствам, и количеству их компонентов, поступающих в организм горнорабочих, в качестве дополнительного фактора в анализ заболеваемости была включена марка обрабатываемого угля.

Было установлено, что максимальные уровни заболеваемости по ведущим классам болезней регистрируются среди горнорабочих, обрабатывающих коксовые угли. Полученные данные убедительно доказали высокую зависимость распространенности шахтной патологии от вещественного состава угольной пыли. Марка обрабатываемого угля может быть выбрана в качестве комплексного показателя риска развития патологических состояний. С учетом вещественного состава углей должны планироваться мероприятия по безопасности горных работ, начиная с проектирования шахт и разрезов и заканчивая использованием угля, продуктов его переработки в народном хозяйстве страны.

Принципиально важным является и то, что вместе с вдыхаемой и заглатываемой угольной и угольно-породной пылью в организм шахтера поступают металлы-нейротоксиканты (литий, ртуть, свинец, марганец, хром, никель и др.). Ежедневно горнорабочий вдыхает и заглатывает до 12-15 граммов пыли, в составе которой (в зависимости от марки обрабатываемого угля и степени окисленности) может содержаться 2-3 грамма металлов. Таким образом, ежедневно горнорабочий получает 2-3 дозы металлов, обладающих нейротоксическим и психотропным действием. Большинство металлов обладают кумулятивными свойствами, приводя, в конечном счете, к хронической интоксикации. Находясь в «наркотическом» состоянии, с разрушенными в центральной нервной системе ассоциативными связями, человек допускает ошибки, неадекватно реагирует на ситуацию. Потому не случайно, что большинство аварий возникает в конце смены. В ходе исследований мы обнаружили в волосах, крови, моче, желудочном соке, зубах шахтеров высокие концентрации металлов-нейротоксикантов. Проанализировав аварии на шахтах области с 1941 года по сегодняшний день, мы пришли к заключению, что в большинстве случаев причиной является так называемый «человеческий фактор». В большинстве актов расследования аварий делается вывод о нарушении правил техники безопасности.

Распределив аварии по угольным районам, мы получили интересную информацию о зависимости аварий от горнотехнических особенностей



и вещественного состава углей отрабатываемых месторождений:

- до 40 % аварий произошло в гг. Прокопьевск и Киселевск;
- около 13 % — в Новокузнецке, где также отрабатываются шахтные поля Ерунаковского и Уропско-Караканского месторождений;
- около 22 % аварий случилось в гг. Ленинск-Кузнецкий и Кемерово;
- в остальных городах произошло от 2,3 % (г. Березовский) до 6,92 % (г. Анжеро-Судженск) аварий.

Наряду с организационными, технологическими, медицинскими мероприятиями по снижению и профилактике травматизма, считаем принципиально важными следующие:

- разработка программы мониторинга поступления нейротоксикантов в организм шахтеров с учетом вещественного состава отрабатываемых углей;
- создание на шахтах персонифицированного банка данных о получаемых шахтером ежемесячно дозах нейротоксикантов (исходя из уровней запыленности на рабочих местах);
- внедрение экспресс-контроля за накоплением в организме шахтера нейротоксикантов по анализу биопроб (волосы, ногти и т.д.);
- использование методов активационной терапии при накоплении в организме шахтера критических доз;
- создание автоматизированной системы управления риском возникновения аварий за счет «человеческого фактора».

Считаем, что внедрение указанных предложений не требует значительных финансовых затрат и несопоставимо с моральными и материальными потерями. Тем более что все это позволит координировать работу работодателей, ЦГСЭН, технической инспекции, ученых, врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), профцентров, исполнительных органов Фонда социального страхования РФ, Центра реабилитации «Топаз» в вопросах профилактики, лечения, реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний.

Целенаправленная работа, четкая преемственность, в том числе в работе учреждений, осуществляющих реабилитационную деятельность на всех этапах, позволит обеспечить следующее:

- качество предварительных и периодических медицинских осмотров, которые должны проводиться только на базе специализированных ЛПУ, в профцентрах, располагающих соответствующим оборудованием и квалифицированными специалистами, знающими специфику шахтерской патологии;
- профилактику профессиональной заболеваемости шахтеров;
- своевременное трудоустройство лиц, получивших предельное воздействие вредного производственного фактора;
- своевременное лечение пострадавших, получивших тяжелую травму на производстве, на основании заключений КЭК ЛПУ, во избежание стойкой утраты трудоспособности, инвалидности, летального исхода;
- обоснованное, объективное и целесообразное назначение реабилитационных мероприятий (рекомендации КЭК ЛПУ, КЭК Центра реабилитации «Топаз» и бюро МСЭ);
- качественный медицинский отбор пострадавших на производстве КЭК ЛПУ на реабилитационное лечение в Центре реабилитации «Топаз»;
- эффективную деятельность Центра реабилитации «Топаз» через стратегию улучшения качества, разработку и применение стандартов качества, в том числе организацию действенного контроля эффективности реабилитационных мероприятий, как непосредственно после прохождения курса реабилитации, так и отдаленных ее результатов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Особенности медико-социальной экспертизы и реабилитации профпатологии у работников угольной отрасли Кузбасса / Семенихин В.А., Агаджанян В.В., Баянова В.Г. и др. // Матер. XXXIII н.-пр. конф. «Гигиена, орг. здравоохран. и профпатол.». — Новокузнецк.
2. Ханченков, Н.С. Организационные проблемы реабилитации пострадавших от несчастных случаев и профессиональных заболеваний / Ханченков Н.С., Черно В.А., Иванов Н.В. // Матер. XXXIII н.-пр. конф. «Гигиена, орг. здравоохран. и профпатол.». — Новокузнецк.
3. Ивойлов, В.М. Травматизм и его социально-гигиеническое значение / Ивойлов В.М., Ткачев А.Д. // Пробл. гиг. и эпидемиол. в Сибири: Матер. межрегион. н.-пр. конф. (Спецвыпуск ж. Медицина в Кузбассе, № 5). — Кемерово, 2003. — С. 36.





Н.А. ЩАДНЕВА

ФГУ Центр реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз»

ЗДРАВНИЦА ПОД ИМЕНЕМ «ТОПАЗ» СЛУЖИТ БЛАГОРОДНОМУ ДЕЛУ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЛЮДЕЙ

На протяжении 25 лет существования, независимо от ведомственной принадлежности и статуса, «Топаз» служит благородному делу оздоровления людей, созданию им благоприятных условий для лечения и отдыха. За последние пять лет в Центре «Топаз» было оздоровлено 3951 детей школьного возраста, 877 участников и инвалидов Великой Отечественной Войны, 1861 взрослых, получивших санаторно-курортное лечение, 10173 человек, пострадавших от профзаболеваний и производственных травм.

В своей работе врачи Центра «Топаз» руководствуются алгоритмами-стандартами лечения профессиональных заболеваний, разработанными на кафедре курортологии и физиотерапии Алтайской медицинской академии и утвержденными МЗ РФ.

Лечебно-диагностическая база Центра реабилитации «Топаз» оснащена современным медицинским оборудованием и представлена следующими лечебными кабинетами:

- **водолечения:** гидромассаж, ванны «Джакузи», безконтактная гидромассажная ванна «Гидроджет», вихревые ванны, лечебные ванны с «Тонусом+», циркулярный душ, душ «Шарко»;
- **грязелечения:** для лечения пострадавших с заболеваниями нервной системы, опорно-двигательного аппарата и с последствиями производственных травм используется лечебная грязь курорта «Озеро Учум» (Красноярский край);
- **физиотерапии:** физиолечение назначается в соответствии с основными принципами рационального комбинирования физиопроцедур (принципами синергизма, сенсibilизации, антагонизма), а также с учетом биологического суточного ритма и механизмов адаптации. Физиолечение представлено кабинетами электролечения, фотолечения, лазеротерапии, магнитотерапии, электросна, ручного и механического массажа, а также водо- и грязелечебницей, ингалятором, галокамерой



«Уралкалий», саунами с бассейнами; подводным горизонтальным и вертикальным вытяжением.

В **ингалятории** проводится индивидуальный подбор лекарственных средств для ингаляций. Применяются лекарственные травы (эвкалипт, ромашка, календула, шалфей), местная минеральная вода, растворы эуфиллина, диоксидаина через ультразвуковые ингаляторы («Вулкан», «Нибутор», «Муссон»); используются компрессорные небулайзеры «OMRON-CX», через которые распыляются атровент, беротек, беродуал, лазолван.

Применяются все виды массажа: ручной, механический и подводный душ-массаж.

Теплолечение представлено аппликациями озокерита, грязей, альфа-капсул.

С большим успехом используется общая **магнитотерапия** на аппарате «Алма», функционирующем с 2000 года. Наиболее чувствительны к действию магнитных полей нервная, сердечно-сосудистая и эндокринная системы. Особенно центральная нервная система — кора головного мозга и гипоталамус. Магнитотерапия оказывает седативное действие, улучшает питание в тканях на капиллярном уровне, ускоряет обменные процессы, способствует очищению организма. Магнитным полям присуще обезболивающее, противоотечное, регенеративное, гипотензивное действие.

В Центре используются все виды *электро- и светолечения*: лекарственный электрофорез, амплипульстерапия, электростимуляция, электросон, ультразвуковая терапия, дарсонвализация, УВЧ-терапия, ДМВ- и СМВ-терапия, лазерная и магнитолазерная терапия, УФ-терапия, солярий.

Имеются залы *лечебной физкультуры* и тренажерный, капсула из кедропласта.

В Центре оказывают помощь 14 врачей, восемь из них имеют квалификационные категории, остальные, ввиду небольшого стажа работы по основной специальности, аттестации не подлежат.



Ведущие врачи Центра реабилитации «Топаз»
(слева направо – Сонич Е.И., Ткаченко Н.Г., Архипов О.Г., Рихтер Т.Н., Тюменева Т.П., Алеварский С.А., Сницкая Н.А.)

В Центре реабилитации «Топаз» сотрудники постоянно повышают свой профессиональный уровень: география баз переподготовки, где черпают свои знания специалисты Центра, чрезвычайно многообразна: от Новокузнецкого ГИДУВа до центральных институтов усовершенствования в Москве и Санкт-Петербурге.

Конечно же, работа в Центре реабилитации «Топаз» значительно отличается от работы в клинической больнице. Здесь нет ежедневных чрезвычайно сложных задач, нет рискованных диагностических и лечебных манипуляций. Острые ситуации, такие как почечная или печеночная колика, острый живот встречаются, от силы, один раз в 1-2 месяца. Зато практически нет суеты, рутинной текучки. Есть время вдумчиво ра-

зобраться с каждым больным, выйти на диагноз, который порой стоит за пределами обозначенного лечебно-профилактическим учреждением круга исследований. Подтверждением тому служат случаи обнаружения забрюшинной гематомы у больного с операцией на позвоночнике, опухолей почки и надпочечника у пациентов с профессиональными заболеваниями легких.

Каждый специалист Центра реабилитации «Топаз» — мастер своего дела. Не зря, когда Центр реабилитации «Топаз», в силу высокой востребованности лечебных и природных факторов, начал оказывать платные услуги населению близлежащих городов, больные из территориальных поликлиник стараются попасть на прием к врачам Центра.

На базе Центра реабилитации «Топаз» возможно проведение комплексного лечения ряда неврологических заболеваний, в числе которых самым распространенным является остеохондроз позвоночника. Замедлить прогрессирование заболевания и откорректировать имеющиеся осложнения помогает использование подводного горизонтального и вертикального вытяжения, которое приводит к улучшению кровоснабжения в проблемном позвоночнике, декомпрессии нерв-

ных структур, уменьшению мышечного натяжения, отека. В Центре при лечении таких больных имеется возможность сочетать вытяжение с благотворным влиянием грязевых аппликаций и тепловых процедур.

Врачи-неврологи Центра, наряду с лечебными манипуляциями, используют диагностические возможности (оценка данных статилометрии), ведет прием врач-рефлексотерапевт.

В Центре реабилитации «Топаз» проводится консультативный прием кардиолога. Многие из пациентов с профессиональными заболеваниями имеют сопутствующую сердечно-сосудистую патологию (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность и др.).



**Метод подводного горизонтального
вытяжения широко используется
в лечении заболеваний позвоночника**



Метод подводного вертикального вытяжения

Артериальная гипертензия распространена очень широко. Среди взрослых больных, поступающих в Центр реабилитации, каждый третий, а среди пожилых — каждый второй, имеют повышенное артериальное давление. Если пользоваться новой классификацией уровня артериального давления, то гипертонии еще больше.

За последние два десятилетия в России отмечается рост смертности от ИБС и инсульта, являющихся основными осложнениями артериальной гипертензии. Россия по смертности от ИБС и инсульта занимает одно из первых мест в Европе.

Адекватное лечение ИБС, артериальной гипертензии — это основа профилактики неотложных состояний. Главные направления в терапии ИБС можно подразделить следующим образом:

- изменение образа жизни;
- коррекция факторов риска;
- антисклеротическое направление;
- антитромботическое направление;
- антиангинальное направление.

Изменение образа жизни и коррекция факторов риска включают в себя достаточную физическую активность, рациональное питание, снижение избыточной массы тела, прекращение курения, коррекцию липидного обмена, качественное лечение артериальной гипертензии. Лечение артериальной гипертензии при профессиональных заболеваниях имеет некоторые особенности.

Практика почти четырехлетнего проведения реабилитационного лечения пострадавших на производстве в Центре реабилитации показала, что назначать лечение только по прямым последствиям производственных травм или профзаболеваний не всегда возможно. Издревле существующий постулат «Лечить не болезнь, а больного» требует в любом случае назначать общеукрепляющую терапию, а это в наших усло-

виях: фито-, кислородотерапия, спелеолечение, ручной массаж, лечебная физкультура, бассейн, сауна, что показано практически всем больным. С другой стороны, такие травмы, как черепно-мозговая, спинальная, могут спровоцировать возникновение и обострение любого соматического заболевания.

У больных, находящихся на реабилитации, возможны острые заболевания, которые требуют обследования и лечения. Как показали статистические и социологические исследования, у 40 процентов больных-пенсионеров, находившихся на реабилитации, имелись сопутствующие хронические заболевания, особенно сердечно-сосудистой системы. Реабилитация у таких больных невозможна без купирования сердечной или легочной недостаточности.

Поэтому в своей работе мы стараемся придерживаться правила — лечить по прямым последствиям, но, иногда отступив от него, стараемся не навредить больному.

Кроме перечисленной выше, в Центре реабилитации сегодня оказывается медицинская помощь по следующим профилям: пульмонология,



Врач-кардиолог Сницкая Н.А. ведет прием

профпатология, лечебная физкультура, психотерапия, мануальная терапия, стоматология, ультразвуковая диагностика, функциональная диагностика, ревматология, отоларингология.

Вопросы лечения, диагностики, тактики ведения больных определяет клиничко-экспертная комиссия (КЭК) Центра. В 2003 году проведено 30 заседаний КЭК, на которых рассматривались вопросы тактики ведения тяжелых больных, необходимости реэвакуации больных с противопоказаниями, вопросы перевода пострадавших в другие лечебные учреждения, досрочной выписки из Центра за нарушение режима и т.д.

Всего за 9 месяцев 2003 года реэвакуировано 22 человека. Как следует из анализа причин реэвакуации, основными из них явились:

- наличие абсолютных противопоказаний для пребывания в Центре (дефекты отбора в ЛПУ на санаторно-курортное лечение) — 7 человек (31,8 % от общего числа реэвакуированных);
- ухудшение состояния вследствие прогрессирования болезни и острого заболевания в Центре — 10 человек (45,5 %);
- нарушение режима (злоупотребление алкоголем) — 5 человек (22,7 %).

Семь человек с дефектами отбора реэвакуированы в первые пять суток пребывания в Центре. После сообщения в филиалы Государственного учреждения — Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ (далее — региональное отделение Фонда) это



**Кабинет
функциональной диагностики.
Прием ведет Архипов О.Г.**



**Стоматологический кабинет.
Прием ведет врач Панин Е.П.**



позволило использовать неиспользованные путевки для других пострадавших, во избежание потери койко-дней. В остальных 15 случаях реэвакуации потери койко-дней составили 121 день.

Информация о дефектах отбора на реабилитацию, наличии противопоказаний к пребыванию в Центре, досрочной выписке с нарушением режима направляется, согласно приказу МЗ РФ № 215 от 14.06.2001 г. «О направлении больных на санаторно-курортное и амбулаторно-курортное лечение» в региональное отделение Фонда и его филиалы, Департамент охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области (ДОЗН), ЛПУ, Главное бюро медико-социальной экспертизы.

Больные с относительными противопоказаниями оставляются в Центре для климатического, медикаментозного, диетического видов лечения, без применения основных методов реабилитации: бальнео-, грязе-, физиолечения. Больные с абсолютными противопоказаниями реэвакуируются в стационары или по месту жительства.

Необходимо отметить, что между Центром реабилитации «Топаз», региональным отделением Фонда и ДОЗН налажены прямые связи в плане обмена информацией.

Так, в 2002 году, по инициативе Центра, Департаментом охраны здоровья населения, совместно с региональным отделением Фонда, была проведена проверка состояния отбора пострадавших на производстве для реабилитационного лечения. По результатам проверки было проведено совещание с руководителями территориальных органов здравоохранения. В настоящее время в годовую интегрированную модель основных показателей территории внесен показатель дефектов отбора.

Распределение больных, пролеченных в Центре реабилитации «Топаз», по нозологии (по итогам 9 месяцев 2003 г.) представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы, на первом месте находятся заболевания органов дыхания (31,91 %), на втором — заболевания нервной системы (30,51 %), на третьем — травмы и последствия

внешних причин (23,82 %). Распределение по нозологии больных, пролеченных в Центре в 2001-2002 гг., было аналогичным.

В 2003 году в Центре реабилитации «Топаз» начата работа по ранней реабилитации пострадавших на производстве непосредственно после тяжелых несчастных случаев. Больные после тяжелых травм, в соответствии с экспериментальным (пилотным) проектом, поступают в Центр на реабилитационное лечение из Федерального государственного лечебно-профилактического учреждения Научно-клинического центра охраны здоровья шахтеров МЭ РФ (г. Ленинск-Кузнецкий).

За 2003 год, непосредственно после тяжелых несчастных случаев, пролечено 13 больных.

Больные доставлены в Центр реабилитации «Топаз» реанимобилем, выписаны домой в удовлетворительном состоянии, с восстановлением нарушенных функций и рекомендациями по лечению и трудоустройству.

Очень важно правильно оценить результаты своей работы, выяснить эффективность реабилитации, что в настоящее время является нелегкой задачей, т.к. не существует общепринятых критериев оценки эффективности, а существующие показатели «улучшение», «ухудшение», «без перемен» не отражают в достаточном объеме такой сложный процесс, как реабилитация пострадавшего на производстве. Особенно актуальны сегодня вопрос реабилитации пострадавших на производстве лиц трудоспособного возраста и вопрос реабилитации больных на ранних этапах реабилитации.

Для подтверждения статистических данных за каждый отчетный период, в Центре реабилитации «Топаз», совместно с региональным отделением Фонда, были проведены статистические и социологические исследования.

Было проанализировано 850 историй болезни пострадавших, прошедших курс реабилитации в Центре два и более раз в течение 2000-2002 гг.

Цель анализа: оценить состояние здоровья больных на основании субъективных и объектив-

Таблица 1
Распределение больных, пролеченных в Центре, по нозологии (по итогам 9 мес. 2003 г.)

Наименование болезни	№ класса по МКБ-10	Количество больных	
		Абс.	%
Инфекционные и паразитарные болезни	I	12	0,48
Болезни нервной системы	VI	762	30,51
Болезни органов дыхания	X	797	31,91
Болезни органов пищеварения	XI	8	0,32
Болезни кожной и п/кожной клетчатки	XII	8	0,32
Болезни костно-мышечной и соединительной ткани	XIII	315	12,61
Травмы, отравление и другие последствия внешних причин	XIX	595	23,82
Всего:		2497	100,0

ных показателей за период их нахождения в Центре реабилитации «Топаз» и в динамике на протяжении последних трех лет (после 2-3-кратного лечения в Центре).

Исходный материал — информация о каждом больном на бумажном носителе (история болезни и санаторно-курортная карта).

Распределение по месту жительства больных, лечившихся два и более раз в Центре реабилитации «Топаз», представлено в таблице 2.

Таблица 2
Распределение больных, лечившихся
два и более раз в Центре, по месту жительства

Территория	Количество реабилитируемых	
	Абс.	%
Кемерово	267	31,4
Прокопьевск	357	42
Новокузнецк	123	14,5
Мариинск	12	1,4
Осинники	61	7,2
Белово	30	3,5

Из таблицы видно, что наибольшее число пострадавших на производстве, прошедших повторно курс реабилитации в Центре реабилитации, направлялись на лечение филиалами регионального отделения Фонда крупных городов области (Кемерово, Новокузнецк, Прокопьевск). Это говорит о правильном формировании потоков больных на повторную реабилитацию — в один и тот же Центр, где больного хорошо знают, где можно эффективно, с учетом предыдущего курса реабилитации, пролечить пациента и лучше проследить динамику его состояния, оценить эффективность проводимых мероприятий.

Структура исследуемого контингента представлена в таблице 3.

В группе повторно реабилитируемых пациентов женщины составили 8,5 %, мужчины — 91,5 %, преобладала старшая возрастная группа 56-60 и более лет (61,1 %). Больные перспективного, допенсионного возраста, с возможностями профессиональной реабилитации, составили 38,9 %.

Среди исследуемой группы лица со стойкой утратой профессиональной трудоспособности (инвалиды) составили 14 % (121 человек). Из 850 пролеченных больных, пациенты в периоде

ранней реабилитации составили 12 %, поздней — 88 %.

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий проводилась на основании записей лечащих врачей в санаторно-курортных картах и историях болезни Центра реабилитации «Топаз».

Вместо интегрированных показателей использовались термины «значительное улучшение», «улучшение», «без перемен», «ухудшение». Из 850 реабилитированных, 102 человека (12 %) прошли курс реабилитации в ранние сроки после полученной травмы или профзаболевания. «Значительное улучшение» отмечено в половине случаев ранней реабилитации, т.е. у 51 больного. У остальных отмечено «улучшение». У 748 человек, прошедших реабилитацию в поздние сроки, «значительного улучшения» не отмечено. «Улучшение» отмечено у 544 больных (72,7 %), «без перемен» — у 187 (22 %), «ухудшение» — у 5,3 % пациентов.

На основании проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

1. Ранняя реабилитация дает положительные результаты в любой возрастной группе.
2. Реабилитационные мероприятия эффективны для всех возрастных групп, но для возврата пострадавшего на производстве к профессиональной деятельности реабилитация высокоэффективна в молодом перспективном возрасте.
3. Хороший эффект от реабилитации отмечается в случае повторной, из года в год, реабилитации больного в одном и том же реабилитационном Центре.

Необходимо также выделить ряд вопросов, встречающихся на практике и требующих решения на уровне нормативной базы.

При направлении пациентов в Центры реабилитации следует учитывать возраст пострадавшего на производстве и давность получения травмы. Как показывает анализ, в числе реабилитируемых 14-20 % пострадавших имеют группу инвалидности, каждый седьмой — инвалид III-й группы, каждый семнадцатый — II-й группы. Эти лица получают страховое обеспечение без срока переосвидетельствования, т.е. бессрочно.

На реабилитацию необходимо направлять, прежде всего, лиц с травмами и профзаболеваниями, полученными год-два назад, а также пострадавших с прямыми последствиями черепно-мозговых травм, профзаболеваний.

Таблица 3
Структура исследуемого контингента

Реабилитация	< 20 лет	21-25	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	> 60 лет	Всего	%
Мужчины	-	-	-	19	68	84	120	180	307	778	91,5
Женщины	-	-	-	6	7	16	10	17	16	72	8,5
Всего:	-	-	-	25	75	100	130	197	323	850	100



Реабилитация пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний — это комплекс мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности или возможно более полную компенсацию ограниченной жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания. Как можно реабилитировать пострадавшего в плане восстановления профессиональной трудоспособности, если он более десятка лет находится на пенсии по возрасту? В этом случае, для поддержания определенного уровня здоровья, по нашему мнению, необходимо назначать амбулаторное или стационарное лечение.

В случае дефекта отбора на реабилитационное лечение вопрос оплаты путевки необходимо решать за счет лиц, проводивших отбор на реабилитацию.

Кроме того, лечебно-профилактические учреждения области, при заполнении санаторно-курортных карт пациентам, направляемым в Центр, должны писать в полном объеме основной диагноз и сопутствующие заболевания. При этом, в первую очередь, реабилитационное лечение следует назначать работающим пациентам, а также неработающим трудоспособного возраста (мужчины до 60 лет, женщины до 55 лет), имеющим процент утраты профессиональной трудоспособности, установленный на определенный срок (0,5-1-2 года).

Пациентам с установленной группой инвалидности, или процентом утраты профессиональной трудоспособности «бессрочно», реабилитационное лечение в Центре назначать не следует, т.к. реабилитационный потенциал у них исчерпан. Таким пациентам необходимо составлять «Индивидуальную программу реабилитации» (ИПР) инвалида в общем установленном порядке.

Наша задача на будущее — улучшить качество реабилитационных мероприятий, проводимых на базе Центра реабилитации «Топаз». Для этого необходимо дальнейшее развитие и укрепление материально-технической базы, более полное оснащение нового лечебного корпуса, постоянное обновление лечебно-диагностического оборудования. Это позволит расширить существующую лечебно-диагностическую базу и улучшить комфортность пребывания пострадавших.

С приобретением новой диагностической аппаратуры, в Центре реабилитации «Топаз» будут проводиться эхокардиография, дуплексное исследование поверхностных тканей, щитовидной и молочных желез, трансректальное и трансагинальное сканирование, фиброгастроскопия, бронхоскопия, колоноскопия. Поступление

новой ультразвуковой и эндоскопической аппаратуры ожидается в I-м квартале 2004 г. С этим связаны вполне обоснованные надежды на расширение сферы деятельности Центра. Это тем более понятно, когда речь заходит о целебных свойствах воды «Топаз», которая может использоваться при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов мочевыделительной системы.

Также необходимо поставить реабилитацию пострадавших на производстве на научную основу. Для этого, совместно с ведущими специалистами научно-исследовательских институтов, следует разработать индивидуальные программы реабилитации пострадавших на производстве, критерии оценки эффективности реабилитации, апробацию новых методик лечения, наработать схему направления в Центр реабилитации преимущественно перспективных больных.

С этой целью начато сотрудничество с ФГ ЛПУ Научно-клиническим центром охраны здоровья шахтеров МЭ РФ (г. Ленинск-Кузнецкий) и Новокузнецким ГИДУВом. Сотрудники этих учреждений оказывают консультативно-диагностическую помощь пациентам, проходящим реабилитацию в Центре реабилитации «Топаз». Сегодня это особенно актуально, в связи с поступлением в Центр на реабилитационное лечение больных сразу после тяжелых несчастных случаев на производстве, согласно «пилотному» проекту и Федеральному закону от 7 июля 2003 г. № 118 «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

На протяжении последних двух лет мы тесно сотрудничаем с отдельными кафедрами ГИДУВа в плане лечения, диагностики и профилактики профессиональных заболеваний органов дыхания. Работники кафедр оказывают врачам Центра консультативную, организационно-методическую помощь, проводят конференции, семинары по внедрению новых методов лечения.

В целях совершенствования лечебно-диагностического процесса, обеспечения преемственности между ЛПУ, бюро МСЭ, профцентрами, филиалами регионального отделения и Центром реабилитации «Топаз», при нем создан Координационно-методический совет, состоящий из представителей практического здравоохранения, медицинской науки, исполнительных органов Фонда, департаментов охраны здоровья и социальной защиты населения области.

Словом, у Центра реабилитации «Топаз» большое будущее. Будущее, прочный фундамент которого заложен уже сегодня.



СОСТАВ КООРДИНАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОВЕТА ПРИ ФГУ ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ФСС РФ «ТОПАЗ»

1. **Ханченков Николай Степанович** — управляющий Государственным учреждением Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования РФ, кандидат медицинских наук — председатель.
2. **Шебалина Екатерина Александровна** — главный врач ФГУ Центра реабилитации ФСС РФ «Топаз» — заместитель председателя.
3. **Кузнецова Тамара Васильевна** — консультант ГУ Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ — ответственный секретарь.
4. **Скобелев Александр Иванович** — главный врач Кемеровской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук — заместитель председателя.
5. **Семенихин Виктор Андреевич** — заместитель директора ФГ ЛПУ Научно-клинического Центра охраны здоровья шахтеров по профилактике и профпатологии, заведующий кафедрой профпатологии Кемеровской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук.
6. **Степин Владимир Михайлович** — начальник Главного бюро медико-социальной экспертизы Департамента социальной защиты населения Кемеровской области, кандидат медицинских наук.
7. **Рытенкова Ольга Леонидовна** — заместитель начальника Департамента охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области.
8. **Сытин Лев Владимирович** — генеральный директор ФГУ Новокузнецкого научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, кандидат медицинских наук.
9. **Цай Лилия Владимировна** — главный врач клиники ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний Сибирского отделения РАМН, кандидат медицинских наук.
10. **Черно Владимир Александрович** — начальник отдела экспертизы нетрудоспособности и оздоровительно-профилактической работы ГУ Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ, заслуженный врач РФ, отличник санаторно-курортного комплекса России.
11. **Шабанов Валерий Алексеевич** — начальник Департамента социальной защиты Кемеровской области.
12. **Щаднева Нина Андреевна** — заместитель главного врача ФГУ Центра реабилитации ФСС РФ «Топаз», врач I-й категории.
13. **Яшина Елена Романовна** — Советник Председателя Фонда социального страхования РФ, доктор медицинских наук.

Члены Координационно-методического совета:

1. **Агаджанян Ваграм Ваганович** — директор Федерального государственного лечебно-профилактического учреждения Научно-клинического Центра охраны здоровья шахтеров, доктор медицинских наук.
2. **Громов Константин Георгиевич** — заведующий кафедрой общей гигиены Кемеровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН и ЭА.
3. **Коняева Нина Даниловна** — ведущий специалист-профпатолог Департамента охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области, заведующая областным профцентром.
4. **Лагуточкин Сергей Алексеевич** — начальник отдела по работе центров реабилитации Фонда социального страхования РФ.
5. **Латышева Наталья Адрияновна** — заместитель управляющего ГУ Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ.
6. **Пронских Андрей Александрович** — заведующий отделением ортопедии ФГ ЛПУ Научно-клинического Центра охраны здоровья шахтеров, доктор медицинских наук.
7. **Рудаев Владимир Иванович** — ведущий специалист-травматолог Департамента охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области, доктор медицинских наук.
8. **Семенихин Виктор Андреевич** — заместитель директора ФГ ЛПУ Научно-клинического Центра охраны здоровья шахтеров по профилактике и профпатологии, заведующий кафедрой профпатологии Кемеровской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук.
9. **Семенихин Виктор Андреевич** — заместитель директора ФГ ЛПУ Научно-клинического Центра охраны здоровья шахтеров по профилактике и профпатологии, заведующий кафедрой профпатологии Кемеровской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук.
10. **Степин Владимир Михайлович** — начальник Главного бюро медико-социальной экспертизы Департамента социальной защиты населения Кемеровской области.
11. **Сытин Лев Владимирович** — генеральный директор ФГУ Новокузнецкого научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, кандидат медицинских наук.
12. **Цай Лилия Владимировна** — главный врач клиники ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний Сибирского отделения РАМН, кандидат медицинских наук.
13. **Черно Владимир Александрович** — начальник отдела экспертизы нетрудоспособности и оздоровительно-профилактической работы ГУ Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ, заслуженный врач РФ, отличник санаторно-курортного комплекса России.
14. **Шабанов Валерий Алексеевич** — начальник Департамента социальной защиты Кемеровской области.
15. **Щаднева Нина Андреевна** — заместитель главного врача ФГУ Центра реабилитации ФСС РФ «Топаз», врач I-й категории.
16. **Яшина Елена Романовна** — Советник Председателя Фонда социального страхования РФ, доктор медицинских наук.



В.А. СЕМЕНИХИН, В.В. АГАДЖАНЫН, И.М. ГАЙФУЛИНА,
Г.Н. АНОХИНА, Л.Н. ПОЛОЖЕНЦЕВА

ФГ ЛПУ Научно клинический центр охраны здоровья шахтеров,
ГУ Кузбасское региональное отделение ФСС РФ, филиал № 6,
г. Ленинск-Кузнецкий

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ: МЕТОДОЛОГИЯ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Показаны методологические подходы к решению проблемы реабилитации пострадавших на производстве. Определены пути совершенствования медицинской реабилитации, выделены ключевые моменты несовершенства законодательной базы на современном этапе экономического развития общества и системы здравоохранения.

Ключевые слова: реабилитация, Фонд социального страхования РФ, обязательное медицинское страхование, пострадавшие на производстве.

We presented the methodological approaches to the problems of the rehabilitation of the patients suffered during industrial production. We determined the development ways of the medical rehabilitation, appreciated the important points of the incompleteness of the legislative basis at the current moment of the economic development of the society and public health protection.

Key words: rehabilitation, Social insurance Funds of Russian Federation, obligatory medical insurance, patients suffered during industrial production.

В современных условиях во всем мире большое значение придают мероприятиям, способствующим интеграции инвалидов в обществе, в рамках деятельности различных систем медико-социальной реабилитации. Однако до настоящего времени отсутствует теоретическое обоснование функционирования медико-социальной экспертизы и реабилитации [2]. Понятие «реабилитации» включает в себя медицинские, социальные и профессиональные аспекты. Медико-социальная реабилитация, по определению комиссии ВОЗ, это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушений вследствие заболевания или травм функций, либо, если это нереально, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе. Исходя из этого определения и следует, по видимому, разрабатывать подходы и организацию реабилитационных программ для лиц с различными заболеваниями. Наиболее разработанными, на сегодня, являются вопросы лечебной реабилитации [6]. К сожалению, традиционно реабилитацию отождествляют с лечением. И с позиции лечения, на настоящем этапе, данные вопросы достаточно разработаны: медикаментозная терапия, физиотерапевтические методы, механотерапия, методы лечебной физкультуры, санаторно-курортное лечение. Но необходимо помнить, что, в

отличие от лечения патологического процесса, реабилитация призвана использовать потенциал сохраненного здоровья, а не устранение патологии. Необходимо учитывать психологическую составляющую понятия, включающую взаимоотношения инвалида и окружающего общества, биологические и социальные механизмы адаптации. Именно вопросы психологической социальной адаптации инвалидов к реальным условиям жизни, реализация их социальных и трудовых возможностей более сложны. На современном этапе экономического развития общества они часто носят декларативный характер.

Среди большого количества заболеваний и травм, приводящих к стойкой или частичной утрате трудоспособности, ухудшающих качество жизни больного, особое место занимают профессиональные заболевания и производственные травмы. Значимость социальной защиты лиц, пострадавших вследствие профессиональных заболеваний и трудовых увечий, приобретает особую актуальность в условиях реформирования экономики государства, совершенствования системы здравоохранения и медико-социальной экспертной помощи населения [1, 3, 5].

В структуре первичной инвалидности на долю профессиональных заболеваний среди прочих причин инвалидности, по данным ряда авторов [3, 5], приходится от 0,5 % до 3,6 % (по Кузбассу — от 0,1 % до 2,6 % за последние 3 года),



однако их социально-экономическая значимость в современных условиях очень велика. Связано это со значительным экономическим ущербом по восстановлению здоровья — на инвалидность вследствие профессионального заболевания и трудового увечья, в большинстве своем, уходят лица (до 80 %) наиболее трудоспособного возраста, имеющие значительную оплату своего труда. Так, по данным Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования России, в 2002 году только денежных средств выплачено пострадавшим на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний 1678,5 миллионов рублей (в сравнении 2000 годом выплаты выросли в 4 раза). По количеству пострадавших на производстве Кузбасс вышел на первое место в России, с сохраняющейся тенденцией к росту уровня профзаболеваний. Данная ситуация вызвана тем, что санитарно-гигиенические условия труда продолжают оставаться неудовлетворительными. Низкая эффективность социально-трудовой реабилитации приводит к длительному пребыванию на инвалидности, наличием «рентной» установки у ряда больных с начальными признаками профессиональной патологии, нежеланием больного выполнять медицинскую программу реабилитации.

Проблема медико-социальной реабилитации инвалидов труда приобрела еще большую актуальность после принятия Закона РФ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (№ 125 — РФ). Существующее законодательство в определенной мере обеспечивает больных с профессиональными заболеваниями возможностью получить адекватное лечение, в том числе санаторное, финансово компенсирует материальный ущерб здоровью. То есть, политика Фонда социального страхования направлена на реабилитацию лиц уже ставших инвалидами, потерявших трудоспособность в той или иной степени. Создавшаяся ситуация делает реабилитационные мероприятия «невыгодными» для пострадавшего, так как лишает его материальных благ, получаемых за утерю здоровья.

Размер материальных компенсаций, обеспечивая психологическое благополучие целому ряду профессиональных больных, не только не требует реализации его социальных возможностей, но и не стимулирует проведение реабилитационных мероприятий. Таким образом, реализация закона № 125 РФ работает только в одном направлении, а именно, реабилитация состоявшихся инвалидов — конкретно в восполнении материальных благ. Анализ показателей реабилитации по данным БМСЭ Кемеровской области показал, что наименьшие показатели имеют пациенты с профессиональной патологи-

ей (частичная 8,3 %, суммарная 1,1 %); пациенты с последствиями производственных травм имеют более высокие показатели (частичная 14,3 %, суммарная 7,1 %). Данные показатели указывают на неэффективность проводимых нами мероприятий. Возникает вопрос, нужна ли медицинская реабилитация для данной категории больных? Ответом является то, что назрела необходимость пересмотра методологических принципов реабилитации больных, пострадавших на производстве.

Основная задача — это выяснение реабилитационного потенциала конкретного больного, а именно, четкое понимание того, что должно стать итогом проведенных мероприятий. Мероприятия по медицинской реабилитации не могут быть в отрыве от профилактических мероприятий в отношении профессиональных заболеваний. То есть, это комплекс, преследующий одну цель — сохранить и вернуть работника в сферу производительного труда. Исходя из выше сказанного, профессиональные больные и пострадавшие от травм, в зависимости от возможных результатов реабилитации, должны быть разделены на три группы.

Первая группа — лица, у которых возможно полное восстановление нарушенных вследствие заболевания функций и которые могут быть возвращены в свою профессию или аналогичную ей по квалификации и зарплате.

Вторая группа — больные, которые ни при каких условиях не смогут работать в своей профессии, однако проведенная реабилитация позволит им трудиться в другой профессии, но со снижением квалификации и заработка.

Третья группа — пациенты, потенциально не поддающиеся реабилитации, требующие постоянного лечения. Подобная группировка пациентов в рамках настоящего закона (№ 125 РФ), при условии постоянного контроля со стороны регионального Фонда над объемом реабилитационных мероприятий, возможно и приведет к улучшению показателей реабилитации, но не решит проблемы профессиональных заболеваний в целом.

К сожалению, профилактическая составляющая остается не реализована, а лишь с реализацией профилактических мероприятий будет достигнута экономическая эффективность. Поэтому на первом месте должны быть профилактические мероприятия в отношении здоровых работников. К таким мероприятиям, в первую очередь, относятся периодические медосмотры, организация медицинской службы (цеховой) непосредственно на производстве, восстановление работы здравпунктов с организацией фотариев, ингаляториев, витаминотерапии, иммунореабилитации.

На втором месте стоит медицинская реабилитация «группы риска» — часто и длительно боле-



ющих, лиц с общесоматической патологией, начальными стадиями профзаболеваний. Исследованиями многих гигиенистов труда показано, что именно эта группа лиц в конечном итоге является базой для пополнения инвалидов труда. Наиболее эффективным с экономической точки зрения является вложение денежных средств в реабилитацию именно этих лиц, что позволит сохранить им трудоспособность вплоть до достижения пенсионного возраста. К сожалению, именно эта группа менее всего поддерживается в Кемеровской области финансовым обеспечением. Имеющаяся возможность финансирования профилактической направленности со стороны Фонда социального страхования ограничена рамками закона. Финансирование в счет 20 % возврата денежных средств на профилактические мероприятия решается работодателем в пользу проведения технических мероприятий (оплата аттестации рабочих мест, приобретение технических средств слежения за условиями труда), а не медико-профилактических.

В проведении профилактических мероприятий практически не задействован механизм через добровольное медицинское страхование, которое, через софинансирование, налагало бы дополнительную ответственность застрахованного за сохранение своего здоровья. В Кемеровской области не задействованы средства обязательного медицинского страхования, хотя в законе № 125 РФ имеет место формулировка «сверх программы государственных гарантий...», а по данным литературы [4], по отдельным регионам средства ОМС составляют до 60 % среди источников финансирования.

Не совсем понятна ситуация с финансированием дополнительной медицинской помощи в рамках закона № 125 РФ. Принятие нормативных документов в 2003 году практически исключило медицинскую реабилитацию не только ранних форм профессиональных заболеваний, но и выраженных в условиях профпатологического центра. Принятие данных дополнений к законодательному акту дает основание полагать, что намечается тенденция к негативной оценке эффективности реабилитации путем простого уменьшения сумм страховых выплат.

Предполагаемая схема только усугубит ситуацию и в дальнейшем приведет к тупику.

ВЫВОДЫ:

1. Для успешного решения проблемы реабилитации пострадавших на производстве необходима смена парадигм в мышлении пациентов и лиц, ответственных за восстановление здоровья, с чисто потребительской на активную социальную трудовую.
2. На современном этапе развития социального страхования пострадавших на производстве нормативная база не соответствует реалиям.
3. Исполнение закона № 125 РФ привело к росту заинтересованности работником в получении профессионального заболевания.
4. Наиболее широко рекомендуемые законом № 125 РФ виды медицинской реабилитации (санаторно-курортное лечение и дополнительные лекарственные средства) не улучшают показатели реабилитации.
5. Необходима четкая, научно-обоснованная программа мероприятий по реабилитации больных, пострадавших на производстве, под руководством Фонда социального страхования и при условии достаточного финансирования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Заболотный Д.И. и др. //Ж. вушные, носовые, горловые хворобы. – 2003. – № 5. – С. 15-19.
2. Захаренков, В.В. Организация медико-социальной реабилитации инвалидов /Захаренков В.В. – Новокузнецк, 2003. – 174 с.
3. Левиков Г.В, Панина И.А. //Тез. докл. I Всерос. съ. профпатологов. – Тольятти, 2000. – С. 328.
4. Минчинская, И.В. Опыт работы регионального центра профпатологии в системе обязательного медицинского и социального страхования в России /Минчинская И.В., Евсюкова Л.В. //Матер. выезд. засед. межведомств. науч. Совета РАМН. – Ростов/Д., 2003. – 220 с.
5. Пузин С.М. и др. //Тез. докл. I Всерос. съ. профпатологов. – Тольятти, 2000. – С. 331-335.
6. Шамин, С.Н. Методология медицинской реабилитации больных с профессиональной патологией /Шамин С.Н., Пенкнович А.А., Трошин В.В. //Матер. выезд. засед. межведомств. науч. Совета РАМН. – Ростов/Д., 2003. – 220 с.



В.В. РАЗУМОВ, И.М. КАЧАЕВА, О.В. МАТВЕЕВА
ГУ НИИ Комплексных проблем гигиены и профзаболеваний СО РАМН,
Государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАБОТНИКАМИ, ПОДВЕРГАЮЩИМИСЯ ПОВЫШЕННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ШУМА

Динамическое наблюдение за 639 рабочими основных профессий в угольной и рудодобывающей промышленности, с нейросенсорной тугоухостью профессионального генеза, свидетельствует о неуклонном прогрессировании заболевания, даже при условии прекращения воздействия шума на начальных (0-I и I) стадиях заболевания. Ни в одном из случаев рационального трудоустройства в соответствии с действующими рекомендациями, при наблюдении более 3 лет, не отмечено приостановки прогрессирования заболевания. Непрерывно прогрессивное течение НСТ является, возможно, региональной особенностью Кузбасса, настоящее и предшествующие поколения которого подвергались и подвергаются значительному экологически неблагоприятному прессингу.

The case follow-up of 639 workers of main occupations with neurosensory hearing loss of occupational genesis in coal and mining industries indicates steady disease progression even under the condition of termination of noise exposure at the initial disease (0-I and I) stages. Suspension of disease progression is detected in none of the cases of rational work arrangement according to available recommendations during more than 3-year follow-up. Continuously progradient course of neurosensory hearing loss is perhaps regional peculiarity of Kuzbass, the previous and present generations of which were and are exposed to significant ecologically adverse pressing.

Эффективность динамического наблюдения за работниками, подвергающимися повышенному воздействию шума, и рекомендаций по их трудоустройству при появлении начальных признаков нейросенсорной тугоухости (НСТ), а также роль других факторов, изучены по результатам сенсоневрального обследования пациентов, произвольно выбранных из контингента, обследованного в клинике ГУ НИИ КГиПЗ на предмет НСТ, преимущественно, в 2003 году.

В анализ включено 639 пациентов: с нейросенсорной тугоухостью профессионального генеза — 603 человека, с нарушением слуха от общего заболевания — 36. Контингент был представлен, преимущественно, рабочими основных профессий угольной и рудной промышленности.

При решении вопроса о трудоустройстве придерживались методических рекомендаций [2] и Руководством для врачей по профессиональным заболеваниям [1].

НСТ 0-I стадии рассматривалась как предварительный диагноз (отдельные признаки воздействия шума); НСТ I-й и I-II стадий относили к начальным стадиям профессиональной патологии, позволяющим, однако, рекомендовать продолжение работы в прежних условиях труда. При НСТ II-й и II-III стадии к решению вопроса о трудоустройстве подходили дифференцированно, с учетом вида профессии, результатов динамического наблюдения, продолжительности профессионального стажа, возраста работника, сопутствующей профессиональной патологии. НСТ III стадии рассматривались абсолютным

Таблица 1
Степени профессиональной НСТ при первичном обследовании

Признаки	Степени профессиональной НСТ				Итого
	0-I	I и I-II	II и II-III	≥ III	
Количество случаев - n (%)	62 (10,28 %)	212 (35,16 %)	232 (36,67 %)	97 (16,09 %)	603 (100 %)
Средний возраст пациента при первичном обследовании (лет)	46,02 ± 0,65	48,39 ± 0,38	50,24 ± 0,34	52,16 ± 0,64	49,46 ± 0,24
Продолжительность динамического наблюдения (лет)	1,71 ± 0,32	2,93 ± 0,18	3,46 ± 0,16	3,61 ± 0,29	3,12 ± 0,11



показанием к прекращению работы в условиях воздействия шума.

Стадии профессиональной НСТ при первичном обследовании представлены в таблице 1.

Поскольку более половины пациентов впервые были направлены на обследование с НСТ II-й стадии, создается первоначальное представление о неудовлетворительном качестве профпатологического обследования работников на производстве. Относительно небольшое количество лиц были направлены на обследование с ошибочным предположением о профессиональной НСТ (36 человек из 639). Это также не свидетельствует в пользу качественной работы.

Из 603 профпатологических случаев динамическое обследование проведено у 475 пациентов. У остальных рабочих оно было невозможно в связи с однократностью обследования.

Прогрессирование НСТ по стадиям представлено в таблице 2, с указанием интервала времени, в течение которого произошла эволюция стадий.

Показатели динамического наблюдения представлены в таблице 3.

Данные свидетельствуют о закономерном прогрессировании НСТ до стадии инвалидизации даже в случаях, диагностированных на начальных стадиях заболевания, при которых,

как принято считать, проведение превентивных мер может приостановить прогрессирование профессиональной патологии. Попутно можно отметить, что не было выявлено ни одного случая, чтобы какая-либо стадия НСТ претерпевала обратное развитие.

Неуклонное прогрессирование заболевания не могло быть связано с возрастными изменениями, как это видно из возрастных характеристик контингента.

Поскольку, однако, усредненные числа маскируют в какой-то мере нюансы заболевания, из динамически прослеженной группы выбраны те пациенты, у которых в ходе наблюдения не произошло прогрессирование стадий НСТ (табл. 4).

Таким образом, у пациентов без прогрессирования тех стадий НСТ, которые потенциально могли прогрессировать (исключая III ст., объединенную с IV-й), продолжительность стабильности процесса по сравнению с таковой в целом по группе принципиально не различалась. В связи с этим нет оснований для исключения возможности прогрессирования НСТ в последующем.

Прогрессирование НСТ не могло быть связано с невыполнением рекомендаций по рациональному трудоустройству. Хотя случаи запоздалого трудоустройства имели место, они носили

Таблица 2
Продолжительность времени, в течение которого совершалась трансформация степеней профессиональной НСТ

Степени НСТ окончательные	Время эволюции								Итого	
	0-I		I и I-II		II и II-III		≥ III			
	п	лет	п	лет	п	лет	п	лет	п	лет
0-I	7	0 ± 0	0		0		0		7	
I и I-II	10	2,00 ± 0,57	58	0,43 ± 0,13	0		0		68	
II и II-III	4	2,25 ± 0,82	64	3,23 ± 0,28	79	0,73 ± 0,20	0		147	
≥ III ст	9	4,33 ± 2,91	39	3,49 ± 0,32	119	85 ± 0,16	86	0 ± 0	253	
Итого	30	2,30 ± 0,46	161	2,29 ± 0,18	198	2,01 ± 0,14	86	0 ± 0	475	1,76 ± 0,10

Таблица 3
Показатели прогрессирования НСТ при динамическом наблюдении

Показатели	Степени профессиональной НСТ				Итого
	0-I	I и I-II	II и II-III	≥ III	
Первичное обследование - п (%)	30 (6,31)	161 (33,89)	198 (41,68)	86 (18,11)	475 (100)
Окончательное обследование - п (%)	7 (1,47)	68 (14,32)	147 (30,95)	253 (53,26)	475 (100)
Интервал времени между сменой стадии НСТ (лет)	2,3 ± 0,46	2,29 ± 0,18	2,00 ± 0,14	0	1,76 ± 0,10
Средний возраст пациентов при первичном обследовании	45,10 ± 0,97	47,60 ± 0,42	49,68 ± 0,35	51,31 ± 0,61	48,96 ± 0,25
Средний возраст пациентов при трансформации заболевания в конечную степень	47,40 ± 1,06	49,88 ± 0,442	51,69 ± 0,33	51,31 ± 0,61	50,74 ± 0,25
Продолжительность динамического наблюдения (лет)	3,6 ± 0,46	3,86 ± 0,19	4,04 ± 0,16	4,07 ± 0,30	3,96 ± 0,11



Таблица 4
Продолжительность динамического наблюдения за случаями НСТ, оставшимися без прогрессии

Показатели	Степени профессиональной НСТ				Итого
	0-I	I и I-II	II и II-III	≥ III	
Первичное и окончательное обследования - n (%)	6 (6,31 %)	47 (33,89 %)	65 (41,68 %)	86 (18,11 %)	204 (100 %)
Продолжительность наблюдения в целом (лет)	1,5 ± 0,20	3,00 ± 0,31	3,35 ± 0,29	4,07 ± 0,30	3,52 ± 0,17

единичный характер и, в целом, не могли сказаться на результатах исследования.

Для оценки роли воздействия шума в прогрессировании НСТ, изучена ее эволюция на пациентах, прекративших подвергаться воздействию шума по различным причинам — увольнение в связи с ликвидацией предприятия, выход на пенсию, рациональное трудоустройство в связи с другой профпатологией (таблица 5).

Прекращение воздействия шума не приостановило прогрессирование НСТ. Относительно молодой возраст этой группы не позволяет связывать прогрессирование заболевания с развитием инволютивных изменений, а ставит эту прогрессию в причинную связь с воздействием предшествующей шумовой нагрузки на слуховой анализатор.

ВЫВОДЫ:

Результаты проведенного исследования дают основание сделать вывод, что нейросенсорная тугоухость с начала своего возникновения превращается в самоподдерживающийся процесс, принимающий прогрессирующий характер даже при прекращении воздействия вредного профессионального фактора. Продолжение работы в условиях воздействия шума заведомо обрекает работ-

ников на усугубление степени потери слуха. Отмеченная особенность течения НСТ сводит на нет профилактическую целесообразность периодических медицинских осмотров и динамического наблюдения. На этом основании вряд ли можно упрекать цеховую службу в несвоевременности направления на экспертизу связи нарушения слуха с профессией, поскольку динамическое наблюдение с начальных стадий НСТ не оберегает работников от прогрессирования заболевания.

Не исключено, что указанное течение НСТ у рабочих Кузбасса является региональной особенностью профпатологии, обусловленной неблагоприятной экологической обстановкой в области, связанной с негативным воздействием на состояние здоровья не только настоящего, но и предшествующих поколений.

Вполне очевидна необходимость совершенствования критериев оценки трудоспособности и сроков начала проведения реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Заболевания, вызванные воздействием шума /Остапкович В.Е., Панкова В.Б., Измеров Н.Ф. и др. //Профессиональные заболевания. — М., 1996. — Т. 2. — С. 162-175.
2. Профессиональная нейросенсорная тугоухость: Метод. реком. — Уфа, 1999. — 36 с.

Таблица 5
Эволюция НСТ у пациентов, спонтанно прекративших подвергаться воздействию шума до времени первичного обследования

Показатели	Степени профессиональной НСТ			Итого
	I и I-II	II и II-III	≥ III	
Количество первично обследованных рабочих - n (%)	15 (22,72 %)	30 (45,45 %)	21 (31,82 %)	66 (100 %)
Количество рабочих с окончательной стадией НСТ при динамическом наблюдении - n (%)	2 (3,03 %)	20 (30,30 %)	44 (66,67 %)	66 (100 %)
Продолжительность времени от прекращения воздействия шума до первоначального обследования	2,11 ± 0,33	3,12 ± 0,46	3,04 ± 0,41	2,82 ± 0,26
Интервал времени между сменой стадий НСТ (лет)	2,33 ± 0,0,46	1,33 ± 0,25	0	1,14 ± 0,19
Средний возраст пациентов при трансформации заболевания в окончательную стадию	52,93 ± 1,09	52,88 ± 0,73	51,24 ± 0,94	52,39 ± 0,15



Н.С. ХАНЧЕНКОВ, Т.В. КУЗНЕЦОВА, Н.В. ИВАНОВ
ГУ Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ТРАВМИРОВАННЫХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕННОЙ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ

Федеральным законом от 07.07.2003 г. № 118 «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ» в перечень видов обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний внесен еще один вид — лечение застрахованного непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до выздоровления или установления стойкой утраты трудоспособности.

Принятие решения об оплате расходов на лечение застрахованного непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется страховщиком с момента поступления из медицинской организации, куда доставлен пострадавший, заключения о степени тяжести травмы, при наличии извещения страхователя о произошедшем несчастном случае на производстве.

Оплате подлежат:

- стационарная помощь, включая высокотехнологичную (дорогостоящую) медицинскую помощь при тяжелых травмах, ожогах, острых отравлениях, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения;
- амбулаторно-поликлиническая помощь, предоставляемая после оказания стационарной помощи либо, по заключению клинико-экспертной комиссии медицинского учреждения, реабилитационного лечения в дневном стационаре лечебно-профилактического учреждения или поликлиники, или в стационаре на дому;
- реабилитационное лечение в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги.

Медицинская помощь — комплекс диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, установленный нормативными документами Минздрава России и территориального органа здравоохранения с целью достижения конкретных результатов.

В нашей области оплата лечения в ранние сроки после получения пострадавшими травм апробирована в 2002 году.

В соответствии с ранее действовавшей нормой федерального закона от 24.07.1998 г. № 125 — ФЗ

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и Порядком оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию лиц, пострадавших в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний, утвержденным постановлением Правительства РФ от 28.04.2001 г. № 332, при поступлении пострадавшего от несчастного случая на производстве в стационар, и наличии заключения учреждения медико-социальной экспертизы о необходимости дополнительной медицинской помощи в период временной нетрудоспособности, за счет средств обязательного социального страхования производилась оплата дополнительной медицинской помощи (сверх программ государственных гарантий).

Несмотря на сложности, возникающие при решении вопросов оплаты дополнительной медицинской помощи в ранние сроки после травмы (необходимость быстрого составления акта ф. Н-1 и получения заключения МСЭ), в 2002 году Государственным учреждением Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (далее региональное отделение Фонда) была произведена такая оплата по 39 случаям тяжелых травм.

Из 39 пострадавших, прошедших в 2002 году медицинскую реабилитацию в ранние сроки, 26 человек (или 66,7 %) были возвращены к трудовой деятельности.

У 10 застрахованных степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на один год в размере 10-40 %, у 3-х — 90-100 %.

Оказание медицинской помощи пострадавшим от несчастных случаев на производстве осуществлялось в лечебно-профилактических учреждениях, оснащенных современным лечебно-диагностическим оборудованием, квалификация врачей которых позволяет использовать новые медицинские технологии, отличающиеся от стандартно применяющихся в настоящее время в большинстве учреждений, и имеющие большую эффективность. В лечении пострадавших в ранние сроки после несчастных случаев на производстве применялось современное, дорогостоящее медицинское оборудование и дорогостоящие расходные материалы.

Так, например лечение пострадавшего с «Химическим ожогом третьей степени кожи живота,



промежности, нижних конечностей тела» (50 %) обычными, традиционными методами, безусловно, закончилось бы формированием келлоидных (послеожоговых) рубцов, контрактурой суставов и, в конечном итоге, выходом на инвалидность.

Но, благодаря применению в лечении современного оборудования и расходных материалов (временное раневое покрытие свида, противорубцовый гель, силиконовое покрытие, дорогостоящие лекарственные средства в камбустиологии), застрахованный через 47 дней временной нетрудоспособности был выписан к труду.

Или, пострадавшая с тяжелейшей производственной травмой «Закрытый перелом седалищных костей, разрыв крестцово-подвздошного сочленения с расхождением отломков, открытый перелом лучевой кости, тупая травма живота», после лечения с применением дорогостоящих расходных материалов, применяемых в травматологическом отделении МУЗ ГКБ № 2 г. Кемерово, была выписана к труду. А ведь эти случаи могли закончиться инвалидностью.

В связи с принятием Федерального закона от 07.07.2003 г. № 118-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ», до принятия Правительством РФ постановления, утвердившего бы размеры, условия и порядок оплаты расходов, связанных с медицинской реабилитацией пострадавших, приказом Фонда социального страхования РФ от 29.07.2003 г. № 177 ГУ Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования РФ включено в перечень 8 региональных отделений по отработке механизмов взаимодействия со страхователями, медицинскими организациями и иными организациями при осуществлении лечения застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве до выздоровления или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

Принятие нормы закона о лечении застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве очень своевременно.

В нашей промышленной области, где основные отрасли экономики — угольная и металлургическая — самые травмоопасные, за последние годы число тяжелых несчастных случаев не только не сокращается, но и растет. Так, в 2001 году их было зарегистрировано 398, в 2002 г. — 532, за 9 месяцев 2003 г. — 402.

Из приведенных цифр очевидна необходимость оказания высококвалифицированной медицинской помощи застрахованным за счет средств обязательного социального страхования

от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний с первого дня наступления нетрудоспособности.

Во исполнение Федерального закона и приказа Фонда социального страхования Российской Федерации, региональным отделением Фонда, совместно с Департаментом охраны здоровья населения и Департаментом труда Администрации Кемеровской области, разработан механизм взаимодействия исполнительных органов Фонда, учреждений здравоохранения и страхователей при наступлении тяжелого несчастного случая на производстве.

Указанный механизм взаимодействия утвержден совместным приказом регионального отделения Фонда и Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, и направлен в адрес руководителей органов управления здравоохранением, директоров филиалов регионального отделения Фонда, руководителей организаций-страхователей, и руководителей местного самоуправления территорий.

Приказом утвержден и доведен до сведения вышеуказанных субъектов «Временный перечень лечебно-профилактических учреждений, с которыми региональное отделение Фонда может заключить договоры на лечение застрахованных лиц непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве». Разработаны и заключены договоры с лечебно-профилактическими учреждениями, включенными во Временный перечень.

Во Временный перечень включены лечебно-профилактические учреждения по 4 группам тяжелых травм:

1. Тяжелая травма (политравма) — Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров (ФГ ЛПУ ГНКЦ ОЗШ) в г. Ленинске-Кузнецком. С целью повышения качества и доступности специализированной медицинской помощи пострадавшим с политравмой, приказом Департамента охраны здоровья населения области на базе указанного учреждения создан «Областной центр по лечению больных с политравмой». В настоящее время специалистами этого центра отрабатывается механизм взаимодействия лечебно-профилактических учреждений и Центров санаторной реабилитации для этой категории пострадавших на производстве.
2. Травмы и ожоги глаз — Областное государственное учреждение Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница (ОГУЗ КОКОБ).
3. Острые отравления — Муниципальное учреждение здравоохранения Городская клиническая



кая больница № 3 имени М.А. Подгорбунского, г. Кемерово.

4. Ожоги — Муниципальное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница № 2, г. Кемерово.

При решении вопроса, какие лечебно-профилактические учреждения включить во Временный перечень, исходили из того, что лечение пострадавших от несчастных случаев на производстве должно осуществляться только в лечебно-профилактических учреждениях, имеющих новейшее высокотехнологичное оборудование и высококвалифицированные кадры, в которых каждому пострадавшему может быть организовано оптимальное медицинское обеспечение, с первого дня лечения.

Кроме того, это должны быть лечебно-профилактические учреждения, которые уже имеют авторитет в нашей области, и отработанный ими механизм взаимодействия может быть принят другими лечебно-профилактическими учреждениями, после того, как Правительством будут определены условия, размеры и порядок оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию пострадавших.

В то же время, перечень лечебно-профилактических учреждений должен быть минимальным, т.к. проводится отработка механизма взаимодействия, и отслеживать этот механизм с большим количеством лечебно-профилактических учреждений достаточно сложно.

Как нам видится механизм взаимодействия организаций, заинтересованных в том, чтобы пострадавший от тяжелой травмы на производстве вернулся к труду?

Первый этап — работодатель-страхователь обязан немедленно проинформировать о тяжелом несчастном случае, помимо структур, указанных в ст. 228 Трудового кодекса РФ, соответствующее травме лечебно-профилактическое учреждение, утвержденное Временным перечнем.

Одновременно проводится расследование тяжелого несчастного случая на производстве и квалификация его как страхового. Расследование проводится обязательно при участии специалиста филиала регионального отделения Фонда, который и дает заключение — страховой случай или нет.

Второй этап — доставка пострадавших в лечебно-профилактическое учреждение для лечения.

Федеральное Государственное лечебно-профилактическое учреждение Научно-практический центр охраны здоровья шахтеров, получив сообщение, обеспечивает доставку пострадавших в результате тяжелого несчастного случая на

производстве собственным транспортом. Для этой цели данное лечебно-профилактическое учреждение имеет 4 реанимобиля, оснащенных медицинским оборудованием, позволяющим оказывать медицинскую помощь пострадавшему с любой степенью повреждения во время эвакуации.

Доставку пострадавших на производстве в результате тяжелых несчастных случаев: травм глаз, ожогов, отравлений в другие лечебно-профилактические учреждения, указанные во Временном перечне, обеспечивают руководители лечебно-профилактических учреждений территорий, оказавших пострадавшим экстренную медицинскую помощь непосредственно после получения травмы, санитарным транспортом, силами и средствами санитарной авиации.

Региональным отделением Фонда и Департаментом охраны здоровья населения разработана форма бланка Заключения о степени тяжести производственной травмы, которое заполняет лечебно-профилактическое учреждение, оказавшее экстренную медицинскую помощь пострадавшему.

Это Заключение направляется вместе с медицинской документацией в лечебно-профилактическое учреждение, в которое доставляется пострадавший для дальнейшего лечения после тяжелой травмы. Такое заключение необходимо для дальнейшего решения вопроса об оплате лечения застрахованного лица за счет средств обязательного социального страхования, и оно возлагает на филиал регионального отделения ответственность за возмещение расходов, понесенных лечебно-профилактическим учреждением на перевозку больного.

Лечебно-профилактическое учреждение, которое будет лечить пострадавшего после тяжелой травмы, после поступления больного делает свое Заключение о тяжести травмы, подтверждает или не подтверждает выданное ранее заключение лечебно-профилактического учреждения, оказавшего экстренную медицинскую помощь, и направляет его в соответствующий филиал регионального отделения Фонда.

Третий этап — исполнительный орган Фонда (филиал регионального отделения) принимает решение об оплате расходов на лечение застрахованного непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве, с момента поступления из утвержденных Временным перечнем лечебно-профилактических учреждений, куда доставлен пострадавший, Заключения о степени тяжести травмы.

Решение принимается при наличии извещения страхователя о произошедшем тяжелом несчастном случае на производстве и Заключения специалиста, участвующего в расследова-



нии несчастного случая, о признании его страховым.

Поэтому очень важно, чтобы Заключение лечебно-профилактического учреждения о степени тяжести несчастного случая и Заключение специалиста о признании этого несчастного случая страховым или не страховым были сделаны в первые три дня после получения травмы на производстве.

При направлении застрахованного непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, освидетельствование в учреждении МСЭ не требуется.

Филиал регионального отделения направляет в лечебно-профилактическое учреждение, в котором пострадавший вследствие тяжелого несчастного случая получает лечение, сообщение о согласии оплатить медицинские услуги. Форма такого сообщения разработана и является приложением к договорам регионального отделения Фонда с лечебно-профилактическими учреждениями. Оплата расходов на лечение пострадавшего производится на основании договора при соблюдении всех условий, предусмотренных первыми двумя этапами.

Четвертый этап — лечение пострадавшего после тяжелого несчастного случая в стационаре лечебно-профилактического учреждения.

Необходимый объем и виды лечения определяет клиничко-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения (далее — КЭК).

Пятый этап (при необходимости) — по завершении лечения пострадавшего после тяжелого несчастного случая на производстве в стационаре, по заключению КЭК лечебно-профилактического учреждения, пострадавший может быть направлен для реабилитационного лечения из стационара в Центр реабилитации, а также для дальнейшего лечения в дневном стационаре стационара или поликлиники, или в стационаре на дому.

Реабилитационное лечение после стационара (в нашей области) осуществляется в условиях Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз», работающего на территории Кемеровской области (далее Центр реабилитации «Топаз»).

Реабилитация пострадавшего в условиях Центра реабилитации «Топаз» осуществляется на основании направления филиала регионального отделения, которое выдается пострадавшему (его законному представителю) филиалом после получения из лечебно-профилактического учреждения, в котором пострадавший получал лечение после тяжелого несчастного случая, уведомления об эвакуации пострадавшего из ЛПУ в Центр реабилитации «Топаз».

Согласно условиям договора, лечебно-профилактическое учреждение должно поставить в известность соответствующий филиал регионального отделения Фонда не позднее, чем за 7 дней до предполагаемой даты эвакуации.

Оплата расходов на дальнейшую медицинскую реабилитацию (в случае необходимости) в условиях Центра реабилитации «Топаз» производится также на основании договора, заключаемого между региональным отделением Фонда и Центром реабилитации «Топаз» на реабилитационное лечение застрахованного лица, непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве.

Вид, объем и срок реабилитационного лечения застрахованных лиц устанавливаются клиничко-экспертной комиссией (далее — КЭК) Центра реабилитации «Топаз» индивидуально в каждом конкретном случае, с учетом рекомендаций КЭК лечебно-профилактического учреждения.

Согласно письму регионального отделения от 09.09.2003 г. № 01-08/09-6481, филиалы еженедельно представляют в региональное отделение информацию о ходе лечения застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве.

На момент написания данной статьи, в 2003 году по договорам, заключенным региональным отделением Фонда с лечебно-профилактическими учреждениями, получили и получают лечение непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве *44 застрахованных лица*. Реабилитационное лечение в Центре реабилитации «Топаз» по направлению филиалов регионального отделения Фонда, после лечения в лечебно-профилактических учреждениях, получили 7 застрахованных лиц, и еще 6 человек проходят курс реабилитационного лечения.

Сегодня рано говорить об отдаленных результатах проведенного лечения застрахованных по причине короткого промежутка времени после произошедшего несчастного случая на производстве.

Однако, мы уже имеем примеры того, когда, в нарушение совместного приказа регионального отделения Фонда и Департамента охраны здоровья населения области, лечение застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве осуществляется в лечебно-профилактических учреждениях, не имеющих высококвалифицированных специалистов и не обладающих достаточной материально-технической базой, что, в конечном результате привело к необоснованно длительной временной нетрудоспособности, к развитию осложнений. Кроме того, в этих случаях стоял вопрос, кто будет оплачивать лечение больного?



Таблица 1
Количество застрахованных, пролеченных и продолжающих лечение в лечебно-профилактических учреждениях, включенных во Временный перечень

Наименование ЛПУ	Количество застрахованных	Переведены в "Топаз"	Выписаны на амбулаторное лечение по месту жительства	Находятся на лечении в настоящее время	Умерли в стационаре
ФГЛПУ ГНКЦ ОЗШ	34	7	9	18	1
ОГУЗ КОКОБ	2	0	1	1	0
Всего:	36	7	10	19	1

Таблица 2
Количество застрахованных, пролеченных и продолжающих лечение в других лечебно-профилактических учреждениях

Наименование ЛПУ	Количество застрахованных	Переведены в "Топаз"	Переведены в ГНКЦ ОЗШ	Выписаны на амбулаторное лечение по месту жительства	Находятся на лечении в настоящее время	Умерли в стационаре
МГКБ № 29	4	0	1	1	1	1
МГКБ № 1	3	0	0	0	2	1
МГКБ № 11	1	0	1	0	0	0
Всего:	8	0	2	1	3	2
Итого:	44	7	4	11	22	3

Так, застрахованная Г., 1985 г.р., после тяжелого несчастного случая на производстве, поступила на лечение в травматологическое отделение МГКБ № 2 г. Кемерово с диагнозом «Закрытый перелом внутренней лодыжки, переднего края левой большеберцовой кости», где ей была оказана медицинская помощь в рамках программы государственных гарантий.

Через 7 дней лечения в МГКБ № 2 она была переведена на лечение в ФГ ЛПУ НКЦОЗШ, и поступила с уже начавшимися осложнениями. Оперативное лечение ей было проведено только после ликвидации этих осложнений, для чего потребовалось проведение дополнительных мероприятий.

Застрахованная А., 1963 г.р., после тяжелого несчастного случая на производстве, поступила на лечение в травматологическое отделение городской больницы г. Березовского с диагнозом «Ушиб головного мозга тяжелой степени» и при этом у нее не был диагностирован подвывих грудного конца левой ключицы.

Концентрация застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве в ограниченном количестве лечебно-профилактических учреждений повысит качество диагностики, а применение современных методов лечения позволит улучшить функциональные и клинические исходы, сократить сроки временной нетрудоспособности, избежать или максимально снизить вероятность инвалидизации застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве.

Кроме того, дополнительное финансирование из средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний даст лечебно-профилактическим учреждениям возможность развития и внедрения высокоэффективных методов лечения.

В период отработки механизма взаимодействия, считаем необходимым проведение следующих мероприятий:

- анализ существующего материально-технического и кадрового потенциала специализированных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) для решения вопроса включения их в перечень ЛПУ, которые будут проводить лечение застрахованных лиц непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве после принятия соответствующего постановления Правительства, о котором говорилось ранее;
- разработка системы и методов сбора информации о пострадавших от тяжелых несчастных случаев на производстве;
- определение перечня информации, необходимой для формирования банка единой базы данных для лечебно-профилактических учреждений, регионального отделения Фонда, Центра реабилитации «Топаз»;
- создание программного обеспечения для формирования банка единой базы данных для лечебно-профилактических учреждений, регионального отделения Фонда, Центра реабилитации «Топаз».



ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон от 24.07.1998 года № 125 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» в редакции Федерального закона от 07.07.2003 г. № 118.
2. Совместный приказ Государственного учреждения Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации и Департамента охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области от 27.10.2003 г. № 287 и от 21.10.2003 г. № 748 «О лечении пострадавших непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве».
3. Приказ Департамента охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области от 09.04.2003 г. № 267 «О создании областного центра по лечению больных с политравмой».
4. Приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 29.07.2003 г. № 177 «Об отработке механизмов взаимодействия региональных отделений Фонда, страхователей и медицинских организаций при осуществлении лечения застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве».
5. Совместное письмо Государственного учреждения Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации, Департамента охраны здоровья населения и Департамента труда Администрации Кемеровской области от 07.10.2003 г. № 07-08/10-7163, № 2148, 01-18/899.
6. Организационные технологии обеспечения качества медицинской помощи /Данцигер Д.Г., Харитонов Л.П., Пьянкова Н.М. и др. //Медицина в Кузбассе. Спецвыпуск № 4. – 2003. – С. 62-63.





Т.Н. РИХТЕР

ФГУ Центр реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз»

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ И КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМ

В Кузбассе сконцентрированы травмоопасные отрасли промышленности, которые создают условия для высокой заболеваемости от воздействия вредных производственных факторов.

Согласно заключениям учреждений медико-социальной экспертизы, в 2003 году 15879 застрахованных лиц (в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 года № 125 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»), пострадавших на производстве, нуждаются в санаторном этапе реабилитации.

Для осуществления этой задачи, на базе Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз» (далее Центр реабилитации «Топаз») открыты специализированные реабилитационные отделения.

Отделение для реабилитации пострадавших на производстве с заболеваниями нервной и костно-мышечной систем в настоящее время представлено 165 койками. За 9 месяцев 2003 года курс реабилитационного лечения в отделении прошли 1495 человек, из них:

- с заболеваниями нервной системы — 762 человека, в том числе, с радикулопатией — 355 пациентов (46,6 %), вибрационной болезнью — 300 (39,4 %), полинейропатией — 104 (13,6 %), другими заболеваниями — 3 больных (0,4 %);
- с заболеваниями костно-мышечной системы — 315 человек, в том числе, с деформирующими артрозами — 230 пациентов (73 %), хондро-остеопатиями — 85 (27 %).

Большинство пролеченных пострадали на производстве от таких вредных производственных факторов, как интенсивный шум, вибрация, дискомфортный микроклимат, физическое и психоэмоциональное перенапряжение. Как правило,



это больные, имеющие 15-25 лет стажа работы во вредных условиях труда угольной отрасли по таким профессиям, как горнорабочий очистного забоя, проходчик, машинист горно-выемочных машин и т.д.

Для эффективной реабилитации пострадавших на производстве с заболеваниями нервной и костно-мышечной систем в отделении созданы все условия.

При поступлении на лечение пострадавший меняет свою обычную обстановку на новые более благоприятные, комфортные условия, что незамедлительно сказывается на его эмоциональном состоянии. А элементы климатотерапии (чистый воздух лесной зоны, гористая местность, близость реки) положительно влияют на нервную систему. Немаловажную роль играет соблюдение определенного режима лечения и отдыха, распisanного по часам.

Проводимая с учетом индивидуальных потребностей больного диетотерапия (система заказ-

ного питания), уютные обеденные залы и аромат свежеприготовленной пищи поднимают аппетит, настроение и способствуют стабилизации процессов обмена веществ.

Но наибольшее значение для лечения пострадавших на производстве с профессиональными заболеваниями имеет использование природных лечебных факторов: минеральная вода, грязь, климат.

Источник минеральной воды расположен на территории Центра реабилитации «Топаз». Бальнеологическая ценность слабоминерализованной воды, богатой по содержанию растворимыми органическими веществами, подтверждены Томским институтом курортологии и физиотерапии.

Грязь для лечения больных используется привозная, с курорта «Озеро Учум». Значительный эффект от лечения этой грязью объясняется действием теплового, механического и химического факторов при наложении грязевых аппликаций. Грязь оказывает рефлекторно-гуморальное влияние на пораженные костно-мышечную и нервную системы. Это ведет к улучшению микроциркуляции крови и лимфы, активизации трофических процессов, способствует рассасыванию келоидных рубцов, уменьшению тугоподвижности и увеличению объема движений в суставах.

В отделении широко используется водолечение:

1. *Подводный душ-массаж* — при этом лечении температурное и механическое раздражение кожи вызывает улучшение крово- и лимфообращения, стимулирует обмен веществ, способствует быстрому рассасыванию очагов воспаления.
2. *Ванны* с добавлением бальнеологического концентрата «Тонус» обладают противовоспалительным, седативным, общеукрепляющим действием.
3. *Сауны в сочетании с бассейном* — в основе действия лежит контраст температур (согревание и последующее охлаждение), который увеличивает адаптационные возможности организма, тренирует сосуды, улучшает общее самочувствие пациента.

Интенсивно используются разнообразные методики физиотерапевтического лечения.

Для лиц с заболеваниями, вызванными воздействием физи-

ческих факторов (вибрация, шум), применяются УФО в эритемных дозах по 3-5 процедур, *амплипульсотерапия* по 12-15 сеансов на курс лечения, *электрофорез лекарственных веществ* по 12-15 процедур, *лазер*.

При заболеваниях костно-мышечной и нервной систем используются *УВЧ-терапия*, электрофорез лекарственных средств, *ультразвук*, ручной и механический медицинский массаж (нормализует функции нервной системы, мышечный тонус, подвижность связочного аппарата, стимулирует регенеративные процессы костно-мышечной системы).

В течение 9 месяцев 2003 г. у 195 пациентов была проведена *мануальная терапия*, которая способствует активизации работы атрофированных мышц, улучшению лимфо- и кровообращения в пораженных участках.

Как метод восстановительной терапии, в отделении используются *терренкур*, *лечебная физкультура*. Широко применяется *механотерапия*. Занятия на тренажерах проводят инструкторы по индивидуальным программам под наблюдением врача по лечебной физкультуре. Этот вид лечения применяется в 98 случаях из 100.

Массаж воротниковой зоны проводит Любченко Т.М.





Сеанс мануальной терапии проводит Алеварский С.А.

Немаловажное значение в лечении поступивших в отделение пациентов имеет *психотерапия*, т.к. профессиональные заболевания нервной и костно-мышечной систем часто сопровождаются хроническим болевым синдромом, который приводит к развитию депрессивных состояний. После проведенных сеансов психотерапии значительно уменьшаются болевые ощущения, нормализуется сон, выравнивается настроение.

В комплексном лечении заболеваний нервной и костно-мышечной систем применяется и *медикаментозная терапия*. Врачами назначаются церебропротекторы, сосудорасширяющие препараты в сочетании со средствами, улучшающими обмен веществ и трофику тканей.

07.07.2003 года в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» были внесены изменения и дополнения. Одним из таких дополнений является новый вид страхового обеспечения — лечение застрахованных лиц непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве.

Центру реабилитации «Топаз», на базе нашего отделения, поручено апробировать раннее реабилитационное лечение пострадавших на производстве от тяжелых несчастных случаев непосредственно после лечения в стационарах лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Для этой категории лиц в отделении оборудованы 5 специализированных мест (палат) и палата интенсивной терапии.



Занятия лечебной физкультурой

Для каждого пострадавшего вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, поступившего в отделение непосредственно после ЛПУ, составляется индивидуальный план реабилитационных мероприятий. Сроки реабилитации определяет клиничко-экспертная комиссия Центра реабилитации «Топаз», с учетом рекомендаций КЭК ЛПУ. Они устанавливаются в зависимости от тяжести травмы и составляют от 30 и более дней.

Цель ранней реабилитации — восстановление пострадавших вследствие тяжелых несчастных случаев на производстве к трудовой деятельности, без определения стойкой утраты трудоспособности.

В 2003 г., на момент написания настоящей статьи, в Центре реабилитации «Топаз» получили раннее реабилитационное лечение 13 таких пострадавших.

Для оценки общего состояния и коррекции лечения больным проводятся лабораторные (клинические и биохимические анализы крови и мочи) и функциональные (электрокардиография, стабилметрия, спирометрия, пикфлуометрия) исследования.

При изучении эффективности проводимой реабилитации данной категории пострадавших планируется отслеживать динамику их состояния по видеоматериалам при поступлении, в процессе лечения и при выписке.

Управляющий Государственным учреждением Кузбасским региональным отделением Фонда

социального страхования Российской Федерации и администрация Центра реабилитации «Топаз» планомерно занимаются расширением и совершенствованием лечебной и диагностической базы, созданием комфортных условий для проживания и интересного досуга лиц, пострадавших на производстве.

Планируется оснастить Центр реабилитации современным рентгенологическим оборудованием для проведения исследований (в нашем отделении — костей, суставов, позвоночника), а также доплеровским аппаратом нового поколения для расширения возможностей ультразвуковой диагностики.

При внедрении новой программы по ранней реабилитации непосредственно после тяжелых производственных травм, появилась необходимость в проведении такого обследования, как электромиография, для определения метода лечения.

Для создания базы данных по пролеченным с профессиональными заболеваниями и последствиями производственных травм, в Центре реабилитации «Топаз» планируется ввести электронные истории болезни. Это позволит постоянно владеть оперативной информацией, быстро проводить анализ эффективности реабилитационных мероприятий, использовать медицинскую информацию для своевременного принятия решений по диагностике и лечению.



Больные, прошедшие двухмесячный курс лечения после тяжелых производственных травм и готовые к выписке домой. Третий слева – врач Алеварский С.А.



В.В. АГАДЖАНИЯН, А.А. ПРОНСКИХ, А.Ю. МИЛЮКОВ, Е.А. ШЕБАЛИНА
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г. Ленинск-Кузнецкий,
ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тоназ»

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ТРАВМАМИ

Проблема травматизма вообще и производственного, в частности, является одной из основных в современной медицине. Особенно это касается таких промышленно развитых регионов, как Кузбасс.

Для улучшения результатов лечения пострадавших с тяжелой производственной травмой предлагается схема, когда больной доставляется в травматделение по месту жительства, а затем в максимально короткие сроки переводится в одно из специализированных многопрофильных учреждений.

Для дальнейшего лечения больные должны переводиться в реабилитационные центры. Опыт лечения 45 пострадавших доказывает эффективность предлагаемой схемы. Важным моментом определения качества лечения является разработка критериев эффективности лечения и реабилитации, а также участие в экспертных комиссиях квалифицированных клиницистов.

The problem of trauma in general and industrial trauma in particular is one of the principle ones in current medicine. It is particularly related to industrial developed regions as Kuzbass.

To improve the treatment's results of the patients with severe occupational injury we propose the plan according that the patient is delivered to trauma Department of residence, then he is transported to the specialized multi-profile institution as soon as possible.

The patients have to be transferred to Rehabilitation Center for the following treatment. Experience of treatment of 45 patients demonstrates the effectiveness of this plan. The important point of treatment quality appreciation is the development of the criterions of the treatment effectiveness and rehabilitation and the participation of the qualified clinicians in expert commissions.

Научно-практическая разработка проблемы механических повреждений является актуальной проблемой и, очевидно, не утратит своей актуальности в течение долгих лет. Технический прогресс конца XX — начала XXI веков, с его урбанизацией, нарастанием количества транспорта, многочисленными военными конфликтами расставил новые приоритеты в патологии населения, увеличил долю насильственной и неестественной смерти. По масштабам и огромной социально-экономической значимости, во многих развитых странах мира травматизм называют «чумой нашего времени». Каждый год в странах, представленных в Совете Европы, только дорожные аварии приводят к смерти 75000 людей, а 3 млн. остаются живыми с серьезными повреждениями.

В Российской Федерации, при росте общей заболеваемости населения, отмечается постоянное увеличение числа больных, пострадавших от травм, отравлений. Так, в течение 2002 года зарегистрировано 12,8 млн. травм и других несчастных случаев. В структуре зарегистрированной заболеваемости травмы находятся на шестом месте (9095 на 100000 населения), среди причин

временной нетрудоспособности — на втором (141 день на 100 работающих), первичной инвалидности — на четвертом (5 на 10000 человек), смертности — на втором (237 на 100000), а среди лиц трудоспособного возраста — на первом. Несмотря на значительные успехи в развитии новых технологий лечения травмированных, эти показатели в последние годы сохраняются примерно на одном уровне, без значительного снижения.

Подобная тенденция сохраняется и в Кузбассе. В структуре травматизма производственные травмы составляют 25-30 %, а среди травмированных, лечившихся в стационаре — 28-33 %. В Кемеровской области показатели производственного травматизма составляют 9,5-10,7 случаев на 1000 работающих, превосходя средние Российские показатели в 1,7-1,8 раза. Этим объясняется наш интерес к изучению организации лечебного процесса больных, травмированных на производстве.

В Кемеровской области наиболее изучен травматизм в угольной отрасли. Это обусловлено как тяжестью шахтовых травм, так и тем, что угольная отрасль является для Кузбасса ведущей. Для



приближения квалифицированной помощи, во всех шахтерских городах были созданы медицинские службы при военизированных горно-спасательных частях (ВГСЧ). Большую роль в этом сыграли разработки Кузбасского НИИ травматологии и реабилитации (г. Прокопьевск), которыми руководил профессор К.Г. Ниренбург. Однако производственные травмы по-прежнему приводят к огромным материальным потерям, высокому уровню инвалидности, делая эту проблему не только медицинской, но и социально-экономической. Это является следствием ряда причин:

- недостаточной эффективности мероприятий по профилактике травм;
- возрастающей тяжести повреждений при травмах;
- оказания в ряде случаев неадекватной травматологической помощи в лечебных учреждениях;
- низкой организации восстановительного лечения в больницах и поликлиниках.

Если на первые две причины медицинские работники прямо повлиять не могут, то две последние являются их прерогативой. В настоящее время стало аксиомой высказывание, что пострадавшие с тяжелой травмой должны лечиться в специализированных стационарах, оснащенных современной аппаратурой, расходными материалами, и укомплектованных квалифицированными кадрами. Однако это далеко не всегда возможно. По нашим данным, только 34 % пострадавших с тяжелыми множественными и сочетанными травмами лечатся в многопрофильных стационарах, которые могут оказывать высокоспециализированную помощь. Остальные пострадавшие лечатся в городских ЛПУ и ЦРБ, которые имеют ограниченные возможности в материально-техническом оснащении и внедрении новых технологий лечения. Это приводит к тому, что в 52 % случаев возникают ошибки тактического и технического характера.

Одним из вариантов улучшения качества лечения больных с тяжелыми травмами является перевод в специализированные многопрофильные ЛПУ в ранние сроки с момента травмы. Подобная схема была отработана при лечении больных с политравмой в Федеральном научно-клиническом центре охраны здоровья шахтеров. При такой тактике первая квалифицированная помощь оказывалась в ближайшем хирургическом или травматологическом отделении, а затем пациент на реанимобиле переводился в многопрофильную клинику для оказания специализированной помощи. Оборудование реанимобиля позволяло осуществлять транспортировку практически любых по тяжести пострадавших. Абсолютным противопоказанием для перевода трав-

мированных пациентов было не остановленное кровотечение.

Мы считаем, что на территории Кемеровской области целесообразно определение нескольких многопрофильных ЛПУ, которые могут выполнять функции региональных центров по лечению пострадавших с тяжелыми травмами и определение для них дополнительного финансирования с учетом объемов выполняемых работ. Определение таких центров должно исходить из анализа материальной базы, наличия и квалификации необходимых специалистов, возможности транспортировки пострадавших «на себя» из ЛПУ региона.

Анализ лечения более чем 600 больных с политравмой доказал эффективность предлагаемой схемы:

- после перевода ухудшения состояния не было отмечено ни в одном из случаев,
- летальность тяжелотравмированных в клинике снизилась до 14,8 % (по области — более 30 %),
- положительные функциональные результаты у больных с доминирующей скелетной травмой получены в 90 % случаев.

Учитывая социальную значимость проблемы производственных травм, мы предлагаем применить аналогичную организацию лечебного процесса и для пострадавших на производстве. С мая 2003 года в Кузбассе, по инициативе Ленинск-Кузнецкого Центра охраны здоровья шахтеров и Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ, действует программа, согласно которой пациенты с тяжелой производственной травмой, после оказания неотложной квалифицированной помощи, переводятся в ФГ ЛПУ НКЦОЗШ на специально оснащенных реанимобилях.

За 6 месяцев в клинику было доставлено 45 больных, в сроки от 5 часов до 17 суток (средний срок — 4,7 суток), из других лечебных учреждений области. Нуждались в проведении операций 39 больных, причем 7 из них были оперированы в первые сутки по неотложным показаниям. Трем пациентам были изготовлены специальные ортопедические приспособления в раннем периоде травмы, которые позволили значительно ускорить начало реабилитационных мероприятий. Косвенным аргументом в пользу перевода этих больных из других больниц было то, что у 8 больных были выявлены дополнительные повреждения, которые не были диагностированы как по объективным (отсутствие необходимого оснащения), так и по субъективным причинам.

Очень важным моментом является проведение реабилитационного периода, эффективность которого зачастую зависит не только от его



объема, но и от времени его начала. Не всегда перед врачами-реабилитологами ставятся четкие задачи, а травматологи не всегда представляют возможности восстановительного лечения. Этот вопрос у пострадавших с производственной травмой решался тем, что пациенты в ближайшем послеоперационном периоде переводились в реабилитационный центр «Топаз», расположенный в г. Мыски. Этот центр, по объему методик восстановительного лечения, является, пожалуй, самым современным в области учреждением. Он специализируется на реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательной системы и оснащен необходимым оборудованием. Постоянные консультации врачей, которые проводили оперативное лечение, обеспечивают необходимую преемственность лечения.

Непосредственно из стационара в санаторий «Топаз» были переведены 17 больных, 7 из них после курса реабилитации были выписаны к труду, минуя этап амбулаторного лечения, у остальных 10 человек общий срок нетрудоспособности был сокращен. Пока ни один из прошедших подобный непрерывный курс лечения не был признан инвалидом.

Важной, на наш взгляд, является оценка качества медицинской помощи (КМП). Для полу-

чения общей картины КМП необходима комплексная оценка на каждом уровне. Если этапы диагностики и лечения «управляемы», т.е. в этих периодах имеются четкие признаки, позволяющие оценить качество и принять решение по устранению недостатков, то периоды реабилитации и оценки состояния трудоспособности пока не имеют четких критериев. Очень часто утрата трудоспособности устанавливается без достаточных оснований. Это обусловлено рядом причин:

- не всегда устанавливаются реальные возможности современных методов лечения в восстановлении анатомических структур и функциональных способностей при многих последствиях травм;
- экспертные заключения о стойкой утрате нетрудоспособности часто принимаются без участия квалифицированных ортопедов-травматологов.

На наш взгляд, проблемы оценки и контроля КМП могут быть решены только объединенными усилиями клиницистов, организаторов здравоохранения, экономистов, юристов. Создание алгоритмов лечения и системы оценок качества помощи могут явиться фактором, существенно повышающим качество лечения больных с производственной травмой.





Г.К. ДОДОНОВА, В.Г. БАЯНОВА, Г.В. КИРИЛКИНА

Кемеровская государственная медицинская академия,

Бюро МСЭ профпатологического профиля,

Областная клиническая больница, г. Кемерово

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Представленные материалы посвящены проблеме медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями.

Ключевые слова: реабилитация, критерии эффективности, мониторинг.

Понятие «реабилитация» включает в себя государственные, социально-экономические, правовые, медицинские и профессиональные мероприятия.

Решение о нуждаемости пострадавшего в объеме и формах медицинской реабилитации выносится бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) на основании заключений клинико-экспертных комиссий лечебных учреждений после оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

Анализ 2,5 тысяч программ реабилитации, разработанных в 2002 году в БМСЭ профпатологического профиля г. Кемерово, позволил выявить основные причины неэффективности медицинской реабилитации:

1. Врачи, в большинстве своем, недостаточно подготовлены к назначению мер реабилитационного воздействия при профессиональных заболеваниях.

Как до-, так и последипломная подготовка врачей уделяет больше времени вопросам диагностики и лечения, нежели восстановительной терапии.

2. Большинство практических врачей переоценивают роль санаторно-курортного лечения при профессиональных заболеваниях.

В перечень реабилитационных мероприятий почти в 100 % случаев включается лечение в санаториях без учета показаний, противопоказаний по возрасту, сопутствующей патологии, что зачастую дает нулевой результат в восстановлении трудоспособности больных.

3. Нет преемственности на этапах реабилитации: стационар — поликлиника — санаторий.

На разных этапах лечения используются методы, исключаящие друг друга, что также не дает ожидаемого результата.

4. Реабилитационный прогноз и трудоспособность больного оцениваются неадекватно фактической степени тяжести профессионального заболевания. Поэтому не достигается ожидаемый от реабилитации эффект, что дискреди-

тирует саму программу проводимых мероприятий.

5. Врачи, в большинстве случаев, не знают критериев эффективности реабилитационных мероприятий и не в состоянии оценить результат своей работы.

6. Проведение реабилитационных мероприятий затрудняет отсутствие у ряда больных с профессиональными заболеваниями мотивации к выздоровлению. Многим больным лечиться не выгодно, так как улучшение здоровья напрямую связано с материальным обеспечением.

Наиболее высокий реабилитационный потенциал и, соответственно, более благоприятный реабилитационный прогноз, имеется у лиц с начальными признаками профессиональных заболеваний. Именно эта группа застрахованных нуждается в реабилитационных мероприятиях. Особенно активно они должны проводиться у лиц, имеющих потенциальную возможность работать в своей профессии и, возможно, доработать до пенсии по старости.

Трудоустройство инвалидов позволяет обеспечить им социальную защиту. Но трудоустраивать необходимо в оптимальные (1-й класс) и допустимые (2-й класс) условия труда или, в крайнем случае, во вредные условия с первой степенью вредности (класс 3.1), умеренной физической нагрузкой, без риска для жизни и ответственности за безопасность других.

Для обсуждения предлагается следующая схема реабилитационных мероприятий.

Превентивная реабилитация — реабилитация в «группе риска» по профессиональному заболеванию.

Реабилитация в группе больных с профессиональными заболеваниями. Диспансерное наблюдение за этой категорией лиц, с плановым проведением реабилитационных мероприятий на различных этапах реабилитации.

Ежегодное стационарное обследование и лечение на реабилитационных койках в профпатологических центрах, по месту жительства, в



дневных стационарах, профилакториях, по единым схемам, разработка которых в настоящее время ведется в КГМА, НИИ КППиПЗ г. Новокузнецка.

Реабилитацию в амбулаторных условиях проходят до 70 % больных с профессиональными заболеваниями.

На этом этапе практически нет механизмов действенного контроля за выполнением больными программы реабилитации. Поэтому за основу медицинской реабилитации должны быть взяты те методы лечения, которые легко контролируются: термальные ванны, озокерит или парафин, КВЧ-терапия на область активных точек по рецепту, иглорефлексотерапия, сауна 2 раза в неделю, ручной массаж, ЛФК, психотерапевтическое воздействие.

Длительное назначение медикаментов в амбулаторных условиях (особенно дорогостоящих препаратов) показано, прежде всего, двум категориям больных — с тяжелыми легочными заболеваниями и с поражением центральной нервной системы. Остальным больным лечение подобными препаратами должно проводиться только в стационарных условиях, что позволит контролировать эффективность.

Реабилитационные мероприятия лицам пенсионного возраста определяются медицинской целесообразностью, и должны быть направлены на поддержание утраченных функций (протезирование, лечение дыхательной недостаточности, недостаточности кровообращения, артериальной гипертензии).

Лицам трудоспособного возраста, вынужденным терять специальность и квалификацию, в решении вопроса о рациональном трудоустройстве могут помочь забытые (или возрожденные) врачебно-инженерные бригады, в состав которых должны входить профпатологи.

Критерии эффективности реабилитационных мероприятий не должны строиться на субъективных признаках («лучше — хуже»), а четко документироваться соответствующими методами обследования.

В качестве примера можно предложить следующие медицинские критерии оценки результатов реабилитации при отдельных нозологических формах:

При хроническом профессиональном бронхите:

- улучшение показателей ОФВ₁,
- улучшение газового состава крови,
- отсутствие обострений заболевания.

При бронхиальной астме:

- уменьшение частоты дневных и ночных приступов,
- улучшение показателей исходной ПФМ,
- прирост ОФВ₁ в процесс лечения,

- взятие астмы «под контроль».

При пневмокониозах:

- улучшение показателей ЖЕЛ и ОФВ₁.

При вибрационной болезни:

- исчезновение приступов акроспазма (холодовая проба),
- улучшение показателей реовазографии, капилляроскопии, электромиографии.

Считаем необходимым организовать мониторинг за реабилитационными мероприятиями с помощью «реабилитационных» (или «обменных») карт, которые должны быть у каждого больного с профессиональным заболеванием. Эту карту больной представляет в профпатологический центр (ППЦ) при каждом посещении, каждой госпитализации, а при переосвидетельствовании — в БМСЭ.

В областном центре профпатологии Кузбасса разработана карта реабилитационных мероприятий, которая может быть рекомендована для внедрения в лечебно-профилактических учреждениях (схема).

В карту вносятся следующие данные:

- фамилия, имя, отчество больного, год рождения, адрес, место работы, вид и степень утраты трудоспособности,
- диагноз основной и сопутствующий,
- год установления диагноза профессионального заболевания или присоединения осложнений,
- в каком центре профпатологии установлен первичный диагноз,
- перечень средств медицинской реабилитации, рекомендованный центром профпатологии,
- на каких этапах проводилась медицинская реабилитация,
- вывод по каждому году наблюдения,
- все ли мероприятия выполнены,
- нарушался ли режим,
- рационально ли трудоустроен,
- динамика основных показателей в зависимости от нозологии по годам наблюдения.

ВЫВОДЫ:

1. Необходимо разработать единые многоэтапные программы реабилитации (стандарты) по всем нозологическим формам профессиональных заболеваний.
2. Критерии эффективности реабилитационных мероприятий должны быть едиными, как для учреждений здравоохранения, так и для БМСЭ и филиалов Фонда социального страхования.
3. Введение в практику работы лечебных учреждений «реабилитационных карт» позволит организовать мониторинг реабилитационных мероприятий.



РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КАРТА БОЛЬНОГО С ПРОФЗАБОЛЕВАНИЕМ

Ф.И.О.

Год рождения

Место работы

Домашний адрес больного

Диагноз основной

Диагноз сопутствующий

Утрата трудоспособности

- временная
- трудоустройство через БМСЭ, группа инвалидности, процент утраты трудоспособности

Год освидетельствования в БМСЭ

ЛПУ, направившее в центр реабилитации (адрес ЛПУ)

Рекомендуемая программа реабилитации по соответствующим нозологическим формам

Этап проведения реабилитации:

- стационарный
- амбулаторный
- в профилактории
- в реабилитационных центрах
- санаторно-курортное лечение

ИСХОДНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ПО ГОДАМ НАБЛЮДЕНИЯ

Критерии эффективности	Данные	
	Исходные	В динамике по годам наблюдения
Анализ крови общий		
Анализ мочи общий		
Анализ мокроты (у легочных больных)		
Холестерин крови		
Билирубин		
АЛТ, АСТ		
РO ₂ (у легочных больных)		
РСО ₂ (у легочных больных)		
РВГ (индекс)		
Капилляроскопия (число капилляров)		
Вибрационная чувствительность (сек)		
Холодовая проба (исходная температура, асимметрия, перепад температуры)		
Частота побеления пальцев (в год, месяц, неделю)		
ЭМГ (заключение)		
ЖЕЛ (в %)		
ОФВ ₁ (в %)		
ПФМ (л/мин)		
ЭхоКГ (фракция выброса, гипертрофия, дилатация отделов сердца в см)		
Частота обострений за год (при ХБ и БА)		
Число дней нетрудоспособности в год		
Эффект достигнут, не достигнут		



Т.П. ТЮМЕНЕВА

ФГУ Центр реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз»

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ



На территории Кемеровской области сосредоточено около 1/3 основных производственных фондов Западной Сибири. Высокий уровень концентрации тяжелой, преимущественно горнодобывающей и металлургической, промышленности обусловлен, прежде всего, богатством природных ресурсов региона, его разнообразной минерально-сырьевой базой.

В атмосферу Кемеровской области ежегодно выбрасывается (по неполным данным) более 1,5 млн. тонн вредных промышленных выбросов, или более 60 % от суммарного выброса промышленных предприятий Новосибирской, Томской областей и Алтайского края, вместе взятых. Основные загрязняющие вещества — окись углерода (51,6 %), сернистый ангидрид (15 %), окись азота (8 %), углеводород (3,5 %).

Наибольший вклад в годовые валовые выбросы от стационарных источников вносят предприятия черной и цветной металлургии (более 800 тыс. тонн), энергетики (более 230 тыс. тонн), угольной промышленности (более 170 тыс. тонн), промышленности строительных материалов (более 80 тыс. тонн), химической и нефтехимической промышленности (более 15 тыс. тонн). Этим объясняется высокий уровень профессиональных заболеваний населения (таблица).

Таблица
Динамика профессиональных заболеваний в Кузбассе за 2000–2002 гг.

Наименование показателя	2000 год	2002 год
Количество случаев, признанных страховыми	1222	4928
В т.ч., по впервые выявленным профзаболеваниям	321	1180

Кемеровская область характеризуется не только сложной экологической обстановкой, но и серьезным положением в решении вопросов охраны и условий труда.

В последней четверти XX столетия реабилитация пострадавших от профессиональных заболеваний выходит за рамки чисто медицинской проблемы, и приобретает все большую социаль-

ную значимость, поскольку сохранение трудовых ресурсов общества стало важнейшей задачей современной медицины. Лечение «дыхательных инвалидов» от хронических обструктивных болезней легких является социально необходимым и гуманным направлением проблемы реабилитации в пульмонологии. Это направление постоянно обогащается перспективными медико-техническими новинками и технологиями.

Функцию реабилитационного лечения застрахованных с бронхолегочной патологией успешно выполняет специализированное отделение Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз».

Центр реабилитации «Топаз» расположен в экологически чистой, зеленой загородной зоне. И это важно, как для категории таких больных, так и для больных с сопутствующей патологией, поскольку не удлиняет период их адаптации к климатическим условиям. Отделение представлено 80 койками. В нем ежегодно проходят курс реабилитации около 1300 человек или 33,7 % от общего числа проходящих лечение в Центре реабилитации «Топаз».

Из 787 больных, прошедших реабилитационное лечение за 9 месяцев 2003 года, хронический профессиональный бронхит имели 432 человека (55 %), пневмокониоз — 275 (35 %), аллергические заболевания — 77 пациентов, в т.ч. бронхиальную астму — 70 чел. (9 %), хронические риниты и фарингиты — 7 (1 %).

В выборе средств и методов медицинской реабилитации необходимо исходить из рациональ-

ного применения нозологического и патогенетического принципов. Выбор средств и методов патогенетической терапии (а реабилитационное лечение относится именно к этой категории) осуществляется на основе представлений об индивидуальных особенностях патогенеза, суждение о которых основывается на синдромной картине. Следовательно, нозологический подход к ведению этой категории больных должен быть дополнен синдромно-патогенетическим.

Следующим важным подходом к реабилитации является клинико-функциональный. Важную информацию по выявлению у больных латентной дыхательной и легочно-сердечной недостаточности дает проводимая в Центре реабилитации велоэргометрия, с оценкой толерантности к физической нагрузке и влияния ее на функцию дыхания и кровообращения малого круга, определение анаэробного порога. Учитывая большое значение физической реабилитации легочного больного, индивидуально оцениваются его двигательные возможности, с обязательным использованием нагрузочных проб. Таким образом, при выборе комплекса реабилитационной терапии большое значение уделяется оценке общего состояния организма пациента — психоэмоциональной сферы, тонуса и реактивности вегетативной нервной системы, иммунологической реактивности и, в условиях нашего Центра реабилитации, климато- и хроноадаптации.

В комплексном лечении этой категории больных в Центре реабилитации большое значение уделяется природным лечебным факторам. К ним относятся климатотерапия, бальнео- и грязелечение, спелеотерапия, фитотерапия.

Большое внимание также уделяется лечебному питанию, физиотерапии, лечебной физкультуре, рефлексотерапии, мануальной терапии. У больных с бронхообструктивным астматическим синдромом, посещающих спелеокабинеты с дневным и ночным пребыванием, а также сеансы спелеотерапии по 15-20 процедур в течение 30 минут ежедневно, наблюдается урежение приступов удушья, уменьшение одышки и кашля.

При проведении занятий в бассейне, на различной глубине погружения проводятся игры, упражнения с резиновыми эспандерами, ходьба, бег и т.д.

Широко применяется фитотерапия в виде ингаляций с различными сборами лекарственных растений, которые принимаются в ингалятории.

Неплохие результаты в лечении пострадавших с бронхолегочными заболеваниями мы получили при назначении небулайзеров, позволяющих на 40 % повысить проникновение лекарственных препаратов в дыхательные пути (по сравнению с дозированными ингаляторами). Одним из таких препаратов является Атровент, т.к., благодаря низкой всасываемости со слизистой оболочки бронхов, он не вызывает системных побочных эффектов. Назначение коротких курсов приводит к улучшению бронхиальной проходимости, а при более длительном применении наблюдается увеличение показателей объема форсированного выдоха и жизненной емкости легких.

Большое значение в системе реабилитационных мероприятий в нашем Центре занимает физиотерапия. Противовоспалительное действие свойственно УВЧ-терапии, микроволнам, индуктотермии, ультразвуку, ультрафиолетовому облучению. В этих же целях используют озокеритовые обертывания грудной клетки.

В грязелечении применяется лечебная грязь курорта «Озеро Учум», в виде аппликаций на грудную клетку, которые оказывают противовоспалительное и рассасывающее действие.

Бальнеотерапия в Центре реабилитации представлена в виде лекарственных ванн с минеральной водой и препаратами «Тонус +» различного состава, подводным душем-массажем. Минеральная вода скважины № 3151 Центра реабилитации является слабоминерализованной, магниево-калиевой по составу, слабо щелочной по характеру среды.

Для улучшения функции внешнего дыхания и бронхиальной проходимости, в нашем отделении широко применяется магнитотерапия, представленная аппаратом «АЛМА».



Спелеокабинет на 20 мест



Сеанс магнитотерапии

В лечении пульмонологических больных положительный эффект отмечается при назначении 10-15 процедур массажа грудной клетки, в том числе сегментарного, классического биологически активных точек.

В комплексе назначаемых пульмонологическим больным реабилитационных мероприятий большое значение отводится занятиям лечебной физкультурой, которая способствует снижению бронхо- и вазоконстрикции, улучшению подвижности грудной клетки, диафрагмы, позвоночника, увеличению мышечной силы и общей физической работоспособности, ликвидации застойных явлений в легких, стимуляции тканевого дыхания, улучшению координации дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Физические упражнения способствуют не только общей тренированности, но и целенаправленно уменьшают явления обструкции, улучшают бронхиальный дренаж и, в конечном итоге, уменьшают альвеолярную гипоксию, повышают оксигенацию крови.

При обструктивных нарушениях, для удлинения фазы вдоха, совершаемого против сопротивления, применяются звуковые упражнения,

выдох через сжатые губы, надувание эластичных емкостей (например, резиновых игрушек). Процедуры лечебной физкультуры строятся по комплексному типу, с чередованием фоновых и пиковых нагрузок.

Физические упражнения составлены с учетом этиологии, патогенеза клинических обострений, функционального состояния организма, степени общей физической работоспособности.

Анализ эффективности реабилитационного лечения 787 больных, прошедших в Центре реабилитации 2-3 разовый курс лечения (2000-2002 гг.), по объективным и субъективным данным показывает, что комплексная система подхода к реабилитации пострадавших на производстве с патологией органов дыхания дает положительный результат — 98,6 % больных выписаны с улучшением состояния здоровья. Это, в свою очередь, предполагает в дальнейшем удлинение периода ремиссий, снижение количества обострений и процента утраты профессиональной трудоспособности.

В дальнейшем, совместно с профпатологами, предполагается изучение отдаленных результатов проведенных в Центре реабилитационных мероприятий.



В.В. ЗАХАРЕНКОВ, О.В. МАТВЕЕВА, В.В. РАЗУМОВ, Л.В. ЦАЙ
ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
г. Новокузнецк

О НЕСОВЕРШЕНСТВЕ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ РАБОТУ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Разработка мер профилактики профессиональной патологии нуждается в корректной оценке и совершенствовании некоторых медицинских положений по диагностике профессиональных заболеваний, определению критериев трудоустройства и сроков начала реабилитационных мероприятий. Это требует координированной работы профпатологических структур, центров госсанэпиднадзора, органов социальной защиты и социального страхования. Только совместная работа может служить основанием к реализации ревизуемых положений в форме нормативных и законодательных актов.

The elaboration of prevention measures of occupational pathology needs the correct assessment and perfection of some medical clauses on the diagnostics of occupational diseases, the determination of work arrangement criteria and the terms of rehabilitation measures onset. It demands coordinate activities of occupational pathological structures, centers for state sanitary epidemiological inspection, bodies of social protection and social insurance. Only the joint activities may serve as the basis for realization of revisionary clauses in the form of normative and legislative acts.

Неблагополучная ситуация по показателям здоровья в Кемеровской области, особенно среди работающего населения, потребовала от медицинской общественности разработки мер профилактики, нашедших свое выражение в «Концепции профилактики профессиональных заболеваний в Кемеровской области в 2003-2006 гг.», целью которой является снижение уровня профессиональной патологии. Проблема профилактики профессиональной заболеваемости актуальна не только для Кузбасса, но и для России, в связи с чем разработана Концепция Президентской программы «Здоровье работающего населения России на 2004-2015 гг.».

Среди многочисленных причин роста уровня профессиональной патологии имеются и сугубо медицинские, касающиеся диагностики профессиональной патологии, с которой напрямую связаны вопросы оценки трудоспособности и проведения реабилитационных мероприятий. Поэтому одним из путей профилактики профессиональных заболеваний является совершенствование некоторых медико-правовых положений по диагностике профессиональных заболеваний.

Работа врача-профпатолога в наибольшей степени сопряжена с необходимостью использования и строгого соблюдения различных законодательных документов. Основной из них — Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 90 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и

медицинских регламентах допуска к профессии». Он является обязательным для врачей всех специальностей, участвующих в проведении профосмотров. Трудности работы с этим документом у профпатологов возникают по нескольким причинам.

Одна из них — противоречивость между принципами профилактики и положениями указанного закона. Например, в «Перечне общих медицинских противопоказаний» значатся «Органические заболевания центральной нервной системы со стойкими выраженными нарушениями функций» и «Болезни нервно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата со стойкими нарушениями функций, мешающими выполнению обязанностей по профессии», а также «Врожденные аномалии органов с выраженной недостаточностью их функций». Таким образом, только наличие выраженной степени нарушения функций при всех заболеваниях нервной системы и опорно-двигательного аппарата является противопоказанием к приему на работы во вредные и опасные условия труда.

С патогенетической точки зрения, заболевания на стадии стойкого нарушения функций становятся, по большей части, уже самоподдерживающимися процессами, независимыми в дальнейшем развитии от этиологического фактора. Поэтому было бы целесообразнее считать противопоказанием к приему на работу начальные проявления функциональной недостаточности.



Далее, как известно, степень нарушения функции суставов имеет несколько градаций: 1-я стадия — легкая, 2-я стадия — умеренная, 3-я стадия — выраженная. По положению закона № 90, врач вправе не допустить к работе пациента только с 3-й, самой выраженной, стадией нарушения функции суставов. А не допустить пациента с нарушениями функции суставов умеренной и, тем более, легкой степени у врача нет законных оснований, хотя именно у этих пациентов работа с перенапряжением опорно-двигательного аппарата неминуемо вызовет прогрессирование степени нарушения функции суставов. Уточняющая формулировка «...мешающие выполнению обязанностей по профессии» требуют от врача знания профессиограммы той или иной специальности, что на практике отсутствует. Упомянутый выше принцип «выраженности» заболеваний касается всех разделов приказа № 90, независимо от того, о чем идет речь — о противопоказаниях к приему на работу во вредные условия труда, о формулировке самих профессиональных заболеваний, о признании работника нетрудоспособным в своей профессии, о показаниях к постоянному трудоустройству вне вредных условий труда или о направлении в Бюро медико-социальной экспертизы.

При экспертизе связи заболевания с профессией, профпатолог обязан придерживаться формулировок диагнозов, обозначенных в «Списке профессиональных заболеваний» Приказа № 90 от 14.03.96 г. В этом приказе названия многих болезней не совпадают с используемыми в общей практике, так как обозначены не нозологические формы, то есть заболевания как таковые, а синдромы. Например, в пункте 4.2.2. вертеброгенная патология обозначена как «Рефлекторные синдромы шейного и пояснично-крестцового уровней». С таким же успехом можно было бы употребить термин «Синдром дыхательной недостаточности» вместо нозологических форм, вызванных воздействием промышленных аэрозолей, например, пневмокониоза или пылевого бронхита.

Включение в Список профессиональных заболеваний «Рефлекторных синдромов», оправданное с точки зрения меньшей степени выраженности вертеброгенной патологии, тем не менее, сохранило прежний принцип оценки профпатологической ситуации не по нозологическому, а по синдромальному принципу. В списке профессиональных заболеваний приказов прошлых лет (№ 555 от 29.09.1989 г.) хотя бы значилась такая нозологическая единица, как деформирующий спондиллез, который фактически заменен теперь на «рефлекторные синдромы». Теперь же возникла парадоксальная, с медицинской точки зрения, ситуация, когда в медицин-

ском заключении профпатолога «рефлекторные синдромы» обозначаются как основное заболевание, а нозологическая форма, проявлением которой они являются (остеохондроз, спондиллез, спондиллоартроз), трактуется как сопутствующее заболевание.

В решении вопросов медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших также обнаруживается несовершенство законодательной базы. Например, если в случае профессионального заболевания легкой степени рекомендовать прекращение работы во вредных условиях труда, работодатель должен обеспечить рациональное трудоустройство, без снижения квалификации и заработка, согласно статье 70 «Трудового законодательства». Однако возможность трудоустройства перечеркивается другими статьями этого же документа, позволяющими работодателю не только уклониться от выполнения предписания по трудоустройству, но и уволить работника. В таких ситуациях на практике больной признается трудоспособным и продолжает работать во вредных условиях труда, пока заболевание не приведет к инвалидизации и потере профессиональной трудоспособности, что закономерно гарантирует работнику материальную компенсацию. Это практически сводит к нулю всю работу по проведению периодических медицинских осмотров и попыток совершенствования критериев диагностики заболеваний на ранних этапах их развития.

Изложенные проблемы касаются профпатологов всех специальностей. Терапевт, как и невролог, вынужден рекомендовать работнику с развившимся силикозом или пылевым бронхитом, но еще не имеющему дыхательной недостаточности, продолжение работы в пылевых условиях, заведомо обрекая его на усугубление заболевания и инвалидизацию. В аналогичной ситуации находится и отоларинголог-профпатолог, рекомендуя продолжение работы в условиях воздействия шума, несмотря на развитие у работника нейросенсорной тугоухости легкой и даже умеренной степени, что ведет к развитию выраженной степени потери слуха.

Узаконенная система реабилитации направлена на контингенты, потерявшие профессиональную трудоспособность. По постановлению № 1/30 от 29.01.1997 г. «Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы» учреждение медико-социальной экспертизы, одновременно с установлением степени утраты профессиональной трудоспособности, при наличии оснований, определяет нуждаемость пострадавшего в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, а также признает пострадавшего инвалидом. То



есть, все узаконенные реабилитационные мероприятия направлены, как минимум, на лица со снижением трудоспособности или уже инвалидов. Для остальных больных с профессиональными заболеваниями и сохраненной трудоспособностью такая возможность имеется лишь в исключительных случаях: «В отдельных случаях, до выявления признаков стойкой утраты профессиональной трудоспособности у пострадавшего, учреждение здравоохранения может направить его в учреждение медико-социальной экспертизы для определения нужды в отдельных видах реабилитации». Какие именно случаи являются «отдельными», не обозначено, что порождает неопределенность. В связи с этим, на практике этот пункт практически не используется.

В связи со сложившейся практикой, трудоспособные пациенты не имеют законных оснований для проведения реабилитационных мероприятий, хотя именно они были бы эффективны и способны предотвратить прогрессивную динамику патологического процесса. Проведение реабилитационных мероприятий лицам, уже потерявшим профессиональную трудоспособность, практически неэффективно. Налицо абсурдность создавшейся ситуации, при которой в законе исходно заложена неэффективность реабилитации.

Кроме того, существует и другое противоречие. Пациент с выявленной пылевой патологией органов дыхания без функциональных нарушений может, согласно приказа № 90 от 14.03.96 г., продолжать работать во вредных условиях труда, но не может быть принят на работу с этими же вредностями. Заболевания периферической нервной системы являются противопоказанием для приема на работу в условиях с вибрацией, хотя вибрационная болезнь 1-й степени, в которую входят признаки поражения периферической нервной системы,

не является противопоказанием для прекращения контакта с вибрацией.

Одной из задач обязательного социального страхования, обозначенной в Федеральном законе № 125 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» является «обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний». Поскольку единственным страховщиком по указанному закону является Фонд социального страхования, аккумулирующий денежные средства страхователей, то логично предположить о его заинтересованности в их эффективном использовании и направлении на действенную профилактику. А это, прежде всего, качественный профессиональный отбор и качественные периодические медицинские осмотры с практикой выявления ранних патологических признаков и проведения реабилитационных мероприятий лицам с сохраненной трудоспособностью. Думается, что это было бы выполнимо при условии наделения Фонда социального страхования контролирующими функциями.

В целом, организация профпатологической помощи работникам предприятий нуждается в координированной совместной работе профпатологических структур, лечебных учреждений, центров госсанэпиднадзора, органов социальной защиты и социального страхования, служб охраны труда предприятий, законодательных и финансовых органов, чтобы анализируемые положения могли быть реализованы в форме нормативных и законодательных актов. Этому требованию отвечает созданная Администрацией Кемеровской области рабочая группа по разработке проекта программы профилактики профессиональной заболеваемости населения Кемеровской области на 2004-2006 годы.





А.Л. ХАНИН, Н.И. КРАВЧЕНКО, Н.С. ВЕРЕЩАГИНА
Государственный институт усовершенствования врачей МЗ РФ, г. Новокузнецк
ТМО и филиал № 9 Кузбасского регионального отделения ФСС РФ, г. Междуреченск

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ПРОФИЛАКТИКА ПЫЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ БРОНХОВ У ШАХТЕРОВ

Массивное воздействие аэрозолей угольной пыли и курения являются основными причинами развития обструктивных поражений бронхов у шахтеров. При скрининговом обследовании симптоматика ХОБЛ выявляется у 86,6 % рабочих. Курят 72 % шахтеров, среди «курильщиков» обструктивные нарушения встречаются в 2,6 раза чаще. Профилактическая 4-х месячная ингаляционная терапия беродуалом приводит к улучшению клинических симптомов и бронхиальной проходимости у шахтеров и может быть рекомендована как постоянная защита дыхательных путей в условиях массивного воздействия пыли.

Ключевые слова: ХОБЛ у шахтеров, пылевой бронхит, профилактика, беродуал.

Massive coal dust exposure and smoking are known to be the main causes of chronic obstructive airways diseases in coal miners. Screening revealed COPD symptoms in 86,6 % of workers. Smokers (72 % of miners) had airways obstruction 2.6 times as often than non-smokers. 4-month prophylaxis with Berodual leads to improvement of symptoms and airways flow in these patients and can be recommended as a long-term airways protection in the conditions of coal dust exposure.

Key words: COPD in coal miners, occupational bronchitis, prophylaxis, Berodual.

Эпидемиологические исследования, проведенные по инициативе ВОЗ в различных странах, свидетельствуют, что хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) входят в число четырех наиболее распространенных заболеваний и, наряду с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом, являются наиболее частой причиной инвалидизации и смертности населения [1, 2]. Ведущими факторами риска развития и прогрессирования ХОБЛ являются курение, загрязнение атмосферы и профессиональные вредности [2, 3, 4]. Среди последних наибольшую опасность для развития обструктивного бронхита представляет пыль, не отличающаяся высокой цитотоксичностью и фиброгенностью. К числу подобных аэрозолей относится пыль ископаемых углей [5, 6].

По данным фундаментальных исследований Б.Т. Величковского, фагоциты, поглотившие угольную пыль, длительное время сохраняют свою жизнеспособность, и она удаляется из легких преимущественно по мукоцилиарному эскалатору респираторного тракта внутри кониофагов, а не по лимфатическим путям внеклеточно, как кварцевая пыль. Такой путь эвакуации пылевых частиц длительное время предохраняет легочную ткань от патологических изменений,

но постепенно приводит к развитию пылевого бронхита за счет гиперпродукции кониофагами активных форм кислорода (АФК). АФК принадлежит ключевая роль в развитии асептического воспаления, с последующим развитием обструктивного синдрома и эмфиземы [5].

Это подтверждается немногочисленными клинико-эпидемиологическими исследованиями, выполненными в России. По данным Московского НИИ пульмонологии [4], обструктивные изменения функции внешнего дыхания выявлены у 30 % рабочих, имеющих контакт с субмикроскопическими пылевыми частицами графита. При обследовании 796 шахтеров г. Ленинска-Кузнецкого [7], не имеющих бронхо-легочных заболеваний («здоровая группа»), у 79,9 % из них выявлялись нарушения функции внешнего дыхания, при этом у 35,8 % они были выраженными, характерными для ХОБЛ.

ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЫЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ БРОНХОВ У ШАХТЕРОВ И ЭТАПЫ ЕЕ ВНЕДРЕНИЯ

Проведенное нами ранее исследование [8] на крупнейшей в России шахте «Распадская» (4800 работающих, добыча 7,5 млн. тон угля в



год) выявило, что болезни органов дыхания занимают первое место в случаях (25,8 %) и третье в днях (13,5 %) по временной нетрудоспособности. В структуре профессиональных заболеваний на пылевой бронхит приходится 23,6 %, а ежегодные экономические потери в связи с выплатой пособий по профзаболеваниям (пылевой бронхит и пневмокониоз), а также оплатой больничных листов по болезням органов дыхания превышают 3 млн. рублей (625 руб. в год на одного работающего).

Углубленное обследование 224 подземных рабочих этой шахты (специальная анкета, исследование бронхиальной проходимости и осмотр пульмонолога) выявило симптоматику ХОБЛ у 86,6 % шахтеров, считавших себя здоровыми. Начальные проявления ХОБЛ (0 стадия по классификации GOLD) диагностированы лишь у 25,4 % обследованных — хронический кашель и отделение мокроты при отсутствии нарушений бронхиальной проходимости. У остальных (61,2 %) выявлена I-я стадия ХОБЛ [2].

Среди шахтеров-«курильщиков» симптоматика ХОБЛ встречалась чаще в 4,9 раза, обструктивные нарушения — в 2,6 раза.

Поскольку изменить технологию добычи угля и уменьшить образование аэрозолей угольной пыли и породы практически не представляется возможным, вероятно, и в наступившем XXI веке концентрация угольной пыли на рабочем месте шахтера будет во много раз превышать ПДК.

Индивидуальные средства защиты (респираторы типа «лепесток») лишь частично защищают дыхательные пути шахтеров. Работа в них создает дополнительное сопротивление дыханию, дискомфорт, особенно при тяжелой физической нагрузке. Многие шахтеры говорят, что они предпочитают работать без респиратора.

За рабочую смену через легкие шахтера вентилируются десятки тысяч литров воздуха, насыщенного аэрозольными частицами угля и породы. Это, в конечном итоге, приводит к формированию необратимых изменений в бронхо-легочной системе, дыхательной недостаточности и инвалидизации. К сожалению, лишь с появлением одышки рабочие обращаются за медицинской помощью, но радикально помочь им на этой стадии уже невозможно, нередко они становятся «дыхательными инвалидами», теряют работу, социальный статус, становятся постоянными пациентами пульмонологических клиник и реабилитационных центров.

Все это явилось основанием для разработки программы по защите дыхательных путей шахтеров от мощного воздействия аэрозолей угольной пыли с помощью ингаляций беродуала после подъема из шахты.

Выбор беродуала, состоящего из двух различных по механизму действия бронхолитиков (50 мкг фенотерола гидробромида и 20 мкг ипратропиума бромида), был связан с тем, что комбинированный препарат обеспечивает максимальное улучшение работы мукоцилиарного аппарата дыхательных путей, способствует восстановлению бронхиального дренажа, усилению отхождения мокроты и слизи вместе с пылевыми частицами за счет снятия отека и обратимого компонента обструкции. Это, в конечном итоге, способствует восстановлению бронхиальной проходимости [3, 9]. Имеются данные о противовоспалительном эффекте фенотерола, входящего в беродуал [10].

Профилактическая программа должна была отвечать следующим требованиям: легко выполняться в условиях здравпункта (полевые условия), занимать минимум времени, не требовать специального (дорогостоящего) оборудования, быть мало затратной и эффективной. Программа была представлена и утверждена на рабочем совещании (28.08.01 г.) руководством ТМО (главный врач В.П. Корнев) и страховой компанией «Междуречье-мед» (генеральный директор Т.Г. Ананьина), которая согласилась финансировать профилактическую ингаляционную терапию шахтеров. В последующем программа утверждена Администрацией шахты «Распадская», произведена закупка дозированных индивидуальных аэрозольных ингаляторов беродуала на сумму 60 тысяч рублей. Дополнительно на здравпункт шахты приобретены небулайзер, растворы беродуала и лазолвана для ингаляций (лечение обострений ХОБЛ).

Проведено обучение медперсонала здравпункта (10 фельдшеров) методике заполнения анкет, выполнению пикфлоуметрии, контролю за правильным выполнением ингаляций. Разработана и выдана подробная инструкция проведения исследований по данной программе. В ноябре-декабре проведена подготовительная работа с Администрацией шахты и рабочими: беседы, выступления перед сменами (зав. здравпунктом, цеховой врач) и на общем собрании шахты. Опубликована большая статья в многотиражной газете, шахтерам выданы бюллетени по ХОБЛ.

В январе 2002 года был издан приказ по шахте: списочный состав 200 шахтеров, которые будут принимать профилактическую терапию в здравпункте. Назначены ответственные за проведение «программы» (зав. здравпунктом, цеховой врач). В здравпункте выделено место для ингаляционной терапии, сделан специальный ящик с ячейками, где под индивидуальными номерами находились дозированные ингаляторы. Лечение по «программе» начато 01.02.02 г. Из 200 пред-



ставленных по списку шахтеров согласие на участие дали 183 человека.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ

В данном сообщении представлены результаты профилактического лечения 150 шахтеров, которые закончили 4-х месячный курс контролируемой профилактической ингаляционной терапии беродуалом (33 человека «оторвались» по тем или иным причинам: травмы, увольнения, отпуск). Это были рабочие двух проходческих и двух угледобывающих участков, занятые на самых тяжелых подземных работах со стажем 4-20 лет. Все шахтеры считались (и считали себя) здоровыми.

В I-ю группу вошли 57 шахтеров (38 %) со стажем подземной работы до 10 лет (средний возраст — 30,4 лет), во II-ю — 93 (62 %) со стажем 10 лет и более (средний возраст — 38,7 лет). В отдельные группы выделили шахтеров «курильщиков» (III-я) и не курящих (IV-я), независимо от стажа работы. На каждого из шахтеров заполнялась специальная карта обследования (ф. 1), где отмечались основные клинические проявления ХОБЛ (кашель, выделение мокроты, одышка, пиковая скорость выдоха). Все шахтеры осматривались цеховым врачом.

Таблица 1
Характеристика обследованных шахтеров по стажу, возрасту, курению

Группа	Количество		Средний	Стаж работы	Курят (%)
	абс.	%	возраст (лет)	(лет)	
I	57	38	30,4	< 10	73,6
II	93	62	38,7	10 и >	70
III	108	72	35,1	-	100
IV	42	28	36,6	-	0
Всего	150	100	35,5	4-20	72

Исследования выполнялись исходно (до начала лечения) и через каждые два месяца терапии, и заносились в карту динамического наблюдения за больным (ф. 2). Кроме того, велся журнал проведения контролируемой ежедневной профилактической ингаляционной терапии (заполнялся фельдшером здравпункта после проведения ингаляции — два вдоха беродуала из индивидуального ингалятора).

Оценку клинических проявлений ХОБЛ проводили по баллам: Кашель: 1 балл — нет симптомов, 2 балла — покашливание, 3 балла — редкие приступы, 4 балла — постоянный, час-

тые приступы. Одышка: 1 балл — нет симптомов, 2 балла — при большой физической нагрузке, 3 балла — при небольшой физической нагрузке, 4 балла — в покое. Оценивали характер и количество мокроты. Проводилась оценка субъективного эффекта от лечения: «стал глубже дышать», «легче стало дыхание», «лучше и (или) больше отходит мокроты после смены» и т.д., по принципу: «есть эффект или нет».

Пиковую скорость выдоха (ПСВ) определяли пикфлоуметрами фирмы Clement Clarke. Оценивали исходные данные ПСВ, прирост (в процентах по отношению к нижней границе нормы), прирост на 50 л/мин и более в процессе лечения (через 2 и 4 месяца).

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Как видно из данных, представленных в таблице 2, кашель исходно был более выражен в группе «курильщиков» и у шахтеров со стажем подземной работы 10 лет и более. Достоверно ниже была выраженность кашлевого синдрома у не курящих, в сравнении с «курильщиками». Через 4 месяца профилактической ингаляционной терапии беродуалом выраженность кашля уменьшилась во всех группах, причем наиболее значимая регрессия этого симптома произошла в общей группе и у шахтеров со стажем работы до 10 лет (группа I) и у «курильщиков» (группа III).

Одышка исходно ни в одной из исследуемых групп шахтеров не превышала 2 балла. Сравнение выраженности этого симптома между группами выявило зависимость одышки от подземного стажа работы: у шахтеров со стажем 10 лет и более (группа II) она была равна $1,81 \pm 0,08$ балла, у рабочих со стажем до 10 лет (группа I) — $1,47 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). При динамическом наблюдении за этим симптомом (через 2 и 4 месяца профилактического лечения), его изменение не отмечено, что связано, вероятно, с исходно малой выраженностью одышки (появлялась у шахтеров при большой, чрезвычайной физической нагрузке) или с

Таблица 2
Динамика кашля в различных группах

Группа	n	Выраженность кашля до лечения (в баллах)	Выраженность кашля после лечения (в баллах)
Общая группа	150	$2,23 \pm 0,09^*$	$1,97 \pm 0,08^*$
I гр. (до 10 лет)	57	$2,18 \pm 0,13^*$	$1,82 \pm 0,10^*$
II гр. (10 и > лет)	93	$2,37 \pm 0,11$	$2,05 \pm 0,10$
III гр. (курильщики)	108	$2,26 \pm 0,09^*$	$2,07 \pm 0,09^*$
IV гр. (не курили)	42	$1,95 \pm 0,16$	$1,67 \pm 0,13$

* - различие между показателями достоверно

относительно небольшим сроком профилактической терапии.

При оценке субъективного эффекта профилактической ингаляционной терапии, улучшение отмечали 40,7 % шахтеров, причем достоверно лучший эффект ($p < 0,05$) был в группе «курильщиков» ($45,4 \pm 4,7$ %), по сравнению с не курящими ($28,6 \pm 6$ %).

Большинство шахтеров подчеркивали, что ощутимый эффект произошел после двух-трех недель ингаляций беродуала, и он сохранялся на протяжении всего курса профилактики.

Пиковая скорость выдоха (ПСВ) исходно была более высокой у шахтеров со стажем работы до 10 лет (группа I) и у не курящих (группа IV), хотя различие не достоверно. Надо отметить, что исходные показатели ПСВ во всех группах находились в пределах нижней границы нормы (таблица 3). Это было связано с тем, что отбирались практически здоровые, не болеющие молодые шахтеры, выполняющие тяжелую физическую работу.

При оценке прироста ПСВ (в процентах к нижней границе нормы) отмечено увеличение этого показателя во всех группах, но достоверным оно было лишь в общей группе ($p < 0,01$), причем наиболее отчетливо происходило увеличение ПСВ у шахтеров с малым стажем работы (группа I) и у «курильщиков» (группа III). Это подтверждается при анализе показателя прироста ПСВ на 50 л/мин и более.

Как видно из представленных данных (график), увеличение этого показателя происходило значительно чаще в группе шахтеров с малым стажем работы (группа I) и у «курильщиков» (группа III). Различия между «курильщиками» и не курящими шахтерами достоверно ($p < 0,01$).

Эти данные позволяют предполагать, что у шахтеров со стажем работы до 10 лет и у «курильщиков» выражен обратимый компонент обструкции.

Дополнительно мы проанализировали изменения ПСВ у шахтеров с различным стажем под-

земной работы, в зависимости от наличия вредной привычки (курения).

Как видно из данных, представленных в таблице 4, наиболее отчетливый прирост ПСВ произошел у шахтеров с малым стажем работы, как у «курильщиков» (группа I), так и у не курящих (группа III). Самые низкие средние показатели прироста ПСВ были у «курильщиков» со стажем подземной работы 10 лет и более. Поскольку при таком делении группы были относительно малы, мы можем говорить лишь о тенденции, что у шахтеров с малым стажем работы (как у «курильщиков», так и не курящих) имеется более выраженный обратимый компонент обструкции бронхов.

Таблица 4
Динамика прироста ПСВ (в % к нижней границе нормы)

Группа	n	Исходно	1 контр. (ч/з 2 мес.)	2 контр. (ч/з 4 мес.)
Общая группа	150	97,6 %	107,1 %	108,7 %
I гр. курящие (стаж до 10 лет)	42	98,6 %	109,4 %	114,8 %
II гр. курящие (стаж 10 и > лет)	66	95,6 %	107,8 %	105,2 %
III гр. не курящие (стаж до 10 лет)	15	99,1 %	107,4 %	110,7 %
IV гр. не курящие (стаж 10 и > лет)	27	99,9 %	102,4 %	106,3 %

* - различие между показателями достоверно

ВЫВОДЫ:

1. Болезни органов дыхания, по данным медицинских отчетов, занимают первое место в случаях (25,8 %) и третье в днях (13,5 %) по временной нетрудоспособности среди шахтеров шахты «Распадская».
2. В структуре профзаболеваний хронический пылевой бронхит занимает 23,6 %.
3. Ежегодные экономические потери в связи с выплатой пособий по профзаболеваниям (пылевой бронхит, пневмокониоз) и оплатой временной нетрудоспособности по болезням органов дыхания превышают 3 млн. руб.
4. При скрининговом обследовании 224 шахтеров симптоматика ХОБЛ выявлена у 86,6 %, причем у 61,2 % обнаружены начальные проявления нарушения бронхиальной проходимости.
5. Курят 72 % шахтеров, причем среди «курильщиков», по сравнению с не курящими, симптоматика ХОБЛ встречается чаще в 4,9 раза, обструктивные нарушения — в 2,6 раза.
6. У шахтеров с начальными проявлениями ХОБЛ профилактическая 4-х месячная ингаляционная терапия беродуалом приводит к существенному смягчению клинических симптомов ХОБЛ и улучшению показателей пиковой скорости выдоха, и может быть рекомендована как постоян-

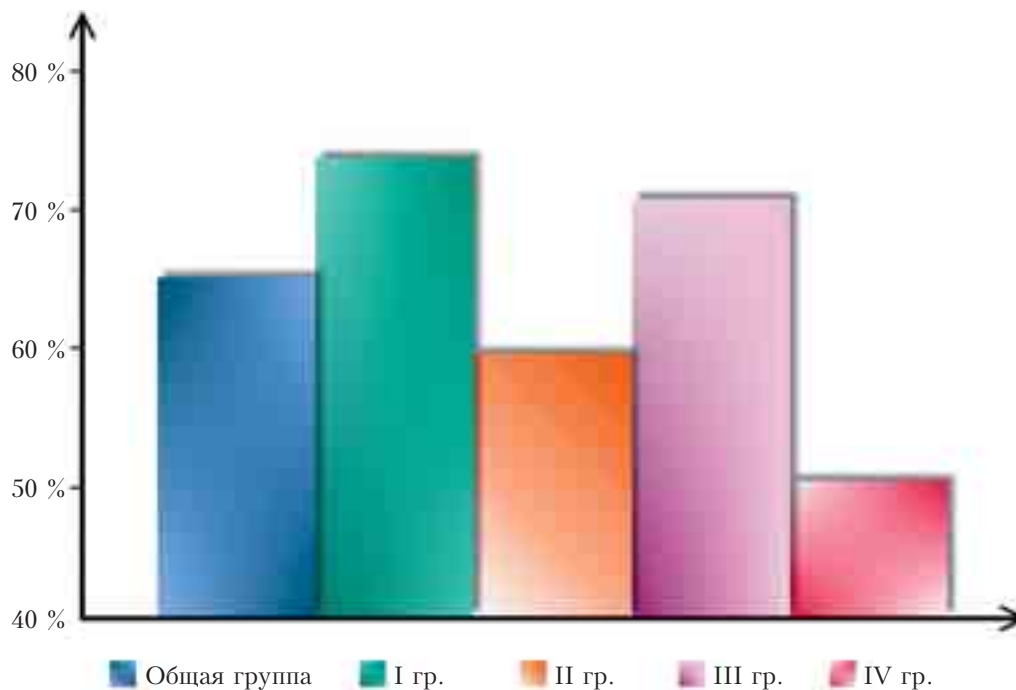
Таблица 3
Динамика прироста ПСВ (в % к нижней границе нормы)

Группа	n	Исходно	1 контр. (ч/з 2 мес.)	2 контр. (ч/з 4 мес.)
Общая группа	150	97,55 %*	107,1 %	108,65%*
I гр. (до 10 лет)	57	98,7 %	108,9 %	113,7 %
II гр. (10 и > лет)	93	96,8 %	106,1 %	105,5 %
III гр. (курильщики)	108	96,5 %	108,5 %	109,0 %
IV гр. (не курили)	42	99,6 %	105,2 %	107,8 %

* - различие между показателями достоверно



Количество шахтеров (в %) с приростом ПСВ на 50 л/мин и более через 4 месяца терапии



ная защита дыхательных путей в условиях массивного воздействия аэрозолей угольной пыли и курения.

- Необходимо создание комплексной региональной программы профилактики пылевых бронхитов у шахтеров, включающей механическую (фильтры) и медикаментозную защиту дыхательных путей, лечение и реабилитацию на самых ранних стадиях ХОБЛ. Огромное значение имеет внедрение на шахтах антисмокинговых программ.

ЛИТЕРАТУРА:

- Чучалин, А.Г. Белая книга. Пульмонология /Чучалин А.Г. – М., 2003. – 67 с.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung disease. – NLBJ /WHO, 2001. – 99 с.
- Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. /Чучалин А.Г., Айсанов З.Р., Кокосов А.Н. и др. – М., 1999. – 40 с.
- Чучалин, А.Г. Хронические обструктивные болезни легких /Чучалин А.Г. – М., 1998. – 512 с.
- Величковский, Б.Т. Молекулярные и клеточные основы экологической пульмонологии /Величковский Б.Т. //Пульмонология. – 2000. – № 3. – С. 10-18.

- Морфогенез экспериментального пылевого бронхита /Дво-раковский И.В., Данилова Л.Н., Лисичкин Б.Г. и др. //Пульмонология. – 2000. – № 2. – С. 45-49.
- Красулина, Г.П. Патофизиологические подходы к формированию групп пульмонологического риска у шахтеров /Красулина Г.П.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л.-Кузнецкий, 1999. – 28 с.
- Ханин, А.Л. Распространенность ХОБЛ у шахтеров и разработка профилактических программ /Ханин А.Л., Иваницкая Е.В., Кравченко Н.И. //Национал. конгр. по болезням орг. дыхания: Сб. резюме. – М., 2002. – С. 363.
- Якушин, С.С. Эффективность длительной терапии хронического обструктивного бронхита /Якушин С.С., Смирнова Е.А., Якушин К.С. //Пульмонология. – 2001. – № 3. – С. 73-76.
- Скипский, М.М. Клинические эффекты бета2-адреномиметиков /Скипский М.М., Скипская Л.Г. //Клин. фармакол. и терапия. – 1995. – № 4. – С. 83-88.

Авторы выражают благодарность за помощь в работе руководителям ТМО г. Междуреченска (В.П. Корневу, Г.А. Руре), врачам Е.В. Иваницкой, Н.Е. Гавриковой, С.А. Долгих, фельдшерам з/пункта шахты «Распадская», а также страховой компании «Междуречье-мед» (Т.Г. Ананьина) и фармацевтической компании «Берингер-Ингельхайм» (И.Г. Ваняг).



Л.И. СОКОЛЕНКО

ГУ Кузбасское региональное отделение ФСС РФ, филиал № 12,
г. Прокопьевск

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

При наступлении страхового случая, задачей обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний является исполнение страховщиком (филиалами Государственного учреждения Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации — ГУ КРО ФСС РФ) своих обязательств перед застрахованным лицом по выполнению мероприятий, направленных на восстановление утраченного здоровья, трудоспособности, личностного и социального статуса пострадавшего, достижения им социальной и материальной независимости.

Застрахованные лица имеют право на обеспечение по страхованию, в том числе на оплату дополнительных расходов, связанных с их медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией при наличии прямых последствий страхового случая.

Оплата дополнительных расходов на лечение застрахованного, за исключением оплаты расходов на лечение застрахованного непосредственно после произошедшего на производстве тяжелого несчастного случая, производится филиалами ГУ КРО ФСС РФ, если учреждением медико-социальной экспертизы установлено, что застрахованный нуждается в видах помощи, обеспечения и ухода, предусмотренных статьей 8 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Одним из наиболее распространенных видов медицинской реабилитации пострадавших на производстве является лечение в санаториях и центрах восстановительной медицины и реабилитации. Врачи лечебно-профилактических учреждений, в соответствии с заключениями учреждений медико-социальной экспертизы, при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний, направляют пострадавших на производстве на реабилитационное лечение в санатории или центры восстановительной медицины и реабилитации.

Наибольшее количество пострадавших на производстве, застрахованных в филиале № 12 ГУ КРО ФСС РФ (г. Прокопьевск), проходят реабилитационное лечение в Федеральном госу-

дарственном учреждении Центре реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз» (далее — Центр реабилитации «Топаз»), расположенном на территории области, в привычных для больных климатогеографических условиях, что не требует дополнительного времени на акклиматизацию и адаптацию.

Увеличение коечной мощности Центра реабилитации «Топаз» (со 150 коек в 2001 г. до 215 коек в 2003 г.) позволило обеспечить ежегодное увеличение количества путевок на реабилитационное лечение пострадавших на производстве именно в Центр реабилитации «Топаз».

Так, по заключениям учреждений медико-социальной экспертизы и клинко-экспертных комиссий лечебно-профилактических учреждений, в Центре реабилитации «Топаз» реабилитационное лечение получили пострадавшие на производстве, застрахованные в филиале № 12 ГУ КРО ФСС РФ: в 2001 г. — 240 человек, в 2002 г. — 450 человек, за 9 мес. 2003 г. — 489 человек (здесь и далее в статье приводятся показатели по застрахованным в филиале № 12 ГУ КРО ФСС РФ).

В целях полного обеспечения этим видом медицинской реабилитации пострадавших на производстве, за счет средств обязательного социального страхования приобретались путевки и в другие Центры реабилитации и санатории, входящие в Перечень, утвержденный Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ.

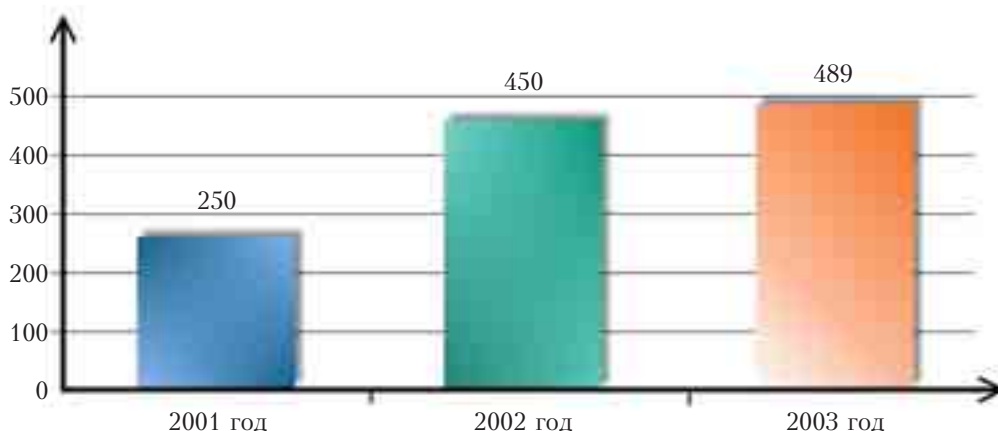
Целью направления пострадавших на производстве на реабилитационное лечение являлось снижение случаев прогрессирования профессиональных заболеваний и последствий производственных травм, восстановление трудоспособности, снижение процента утраты профессиональной трудоспособности, профилактика инвалидности.

За 9 месяцев 2003 года в Центре реабилитации «Топаз», за счет средств обязательного социального страхования, получили реабилитационное лечение пострадавшие на производстве с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (121 человек), центральной нервной системы (22), органов дыхания (167), вибраци-



Диаграмма 1

Прошли реабилитационное лечение в ФГУ Центре реабилитации ФСС РФ "Топаз" по годам



онной болезнью (83), нейросенсорной тугоухостью (30), пояснично-крестцовой радикулопатией (18), прочими заболеваниями (48 человек).

Одновременно необходимо отметить, что, в основном, это люди пенсионного возраста. Так, из 489 застрахованных лиц, прошедших реабилитационное лечение в Центре реабилитации «Топаз» за 9 мес. 2003 г., 342 человека (70 %) были старше 60 лет. Этим пациентам учреждения медико-социальной экспертизы определили процент утраты профессиональной трудоспособности без установления срока очередного переосвидетельствования. В том числе, старше 70 лет — 50 человек (14,6 %), 65-70 лет — 139 (40,6 %), 60-65 лет — 153 человека (44,7 %). Только 147 человек, пострадавших на произ-

водстве (30 %), из числа направленных на реабилитационное лечение в Центр реабилитации «Топаз», были трудоспособного возраста (диаграмма 3).

По данным Прокопьевского городского профцентра, в течение года после лечения в Центре реабилитации «Топаз», обострение заболевания зарегистрировано у 13 из 86 больных пылевым бронхитом; у больных пневмокониозом и вибрационной болезнью ухудшения течения заболевания не отмечено.

Таким образом, для восстановления трудоспособности пострадавших на производстве застрахованных лиц, предупреждения их инвалидизации, целесообразно проводить их раннюю медицинскую и социальную реабилитацию в трудоспособном возрасте.

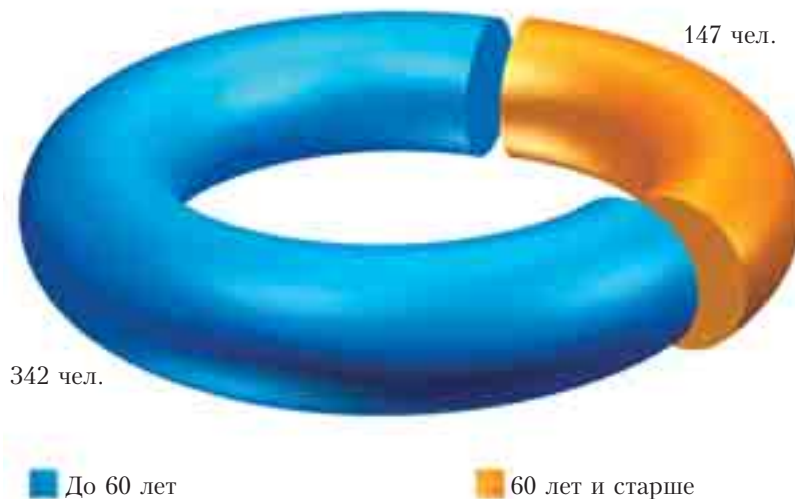
Диаграмма 2

Количество лиц (в %), получивших реабилитационное лечение за 9 мес. 2003г.



Диаграмма 3

Количество застрахованных лиц, получивших реабилитационное лечение
и имеющих % утраты профессиональной трудоспособности без срока переосвидетельствования



Основными направлениями в медицинской реабилитации пострадавших на производстве застрахованных лиц должны быть:

1. Многоуровневый подход и преемственность в проведении реабилитационных мероприятий, с учетом социальных, профессиональных и возрастных групп.
2. Единый подход к изучению медицинской и экономической эффективности реабилитации, в том числе, ее отдаленных результатов (ЛПУ, профцентр, Центр реабилитации, учреждение МСЭ).
3. Взаимодействие органов исполнительной власти всех уровней, филиалов ГУ КРО ФСС РФ, ЛПУ, бюро МСЭ и других заинтересованных

организаций, независимо от их формы собственности и ведомственной принадлежности, по организации, формированию и реализации реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон № 125-ФЗ от 24.07.98 г. «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».
2. Разумов, А.Н. О концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации /Разумов А.Н. //Вопр. курортол., физиотер. и леч. физич. культуры. – 2003. – № 4. – С. 22-24.
3. Медицинская реабилитация: Руководство. /Под ред. В.М. Боголюбова.



И.К. ГАЛЕЕВ, А.Л. КРИЧЕВСКИЙ, Н.А. ГРЕБЕНКИНА

Кемеровский областной Центр медицины катастроф,

г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ КАТАСТРОФАХ В УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СПАСАТЕЛЕЙ, РЕАБИЛИТАЦИЯ КОТОРЫХ ВОЗМОЖНА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЕВ КУЗБАССА

Специфической особенностью Кузбасса является его расположение в главном угледобывающем регионе России, обеспечивающем страну основными запасами каменного угля, добыча которого, особенно в подземных условиях, сопряжена с вероятностью тяжелых одиночных и массовых поражений шахтеров.

Общий травматизм в угольных шахтах Кузбасса в 90-х годах снизился с 8-9 тысяч до 2-3 тысяч и менее.

Одной из причин такого снижения шахтного травматизма является сокращение количества шахт в Кузбассе. В Кузбассе количество угольных шахт сокращено с 98 в 1997 г. до 56 в 2003 г.

За последние 2-3 года снизился и травматизм со смертельным исходом. Если в 90-х годах 20-го столетия в Кузбассе на каждый миллион тонн добытого угля погибали 1-2 шахтера, а в угольных шахтах при катастрофах — 0,6-0,8, то в 2002-2003 гг. этот показатель снизился до 0,3-0,5.

Одной из причин такого снижения является повышение качества первой медицинской помощи пораженным шахтерам силами и средствами реанимационно-противошоковых групп (РПГ) ВГСО, с последующим их лечением в хорошо оснащенных лечебно-профилактических учреждениях Кузбасса, главным образом, в Федеральном лечебно-профилактическом учреждении Научно-клиническом центре охраны здоровья шахтеров (г. Ленинск-Кузнецкий).

По нашим расчетам, спасаемость тяжело пораженных шахтеров с участием РПГ увеличилась в 3 раза. Соотношение «погибший / пораженный» снизилось с 3 : 1 до 1 : 1, хотя по России этот показатель составляет 1 : 5. Изложенное не позволяет заключить, что данные о снижении шахтного травматизма напрямую связаны с ликвидацией его истинных причин. На сегодняшний день все 56 угольных шахт Кузбасса загазованы, а следовательно, взрывоопасны. Ежедневно в этих шахтах работают свыше 50000 шахтеров. Самая опасная катастрофа в угольной шахте Кузбасса — взрыв метана и угольной пыли — происходит систематически и, как правило, сопровождается жертвами и пораженными, количество которых так же непред-

сказуемо, как непредсказуем внезапный выброс метана из загазованных им угольных пластов шахт Кузбасса.

Самая радикальная мера ликвидации причин взрывов в шахтах — технология отделения метана от угля — в Кузбассе только начинает разрабатываться и, к тому же, не дает гарантии от возможности внезапных взрывов, а только уменьшает их вероятность. При этом, безопасность шахты от возможного взрыва должна быть обеспечена неукоснительным соблюдением правил техники безопасности на фоне адекватного проветривания шахты.

Взрыв в шахте, как правило, сопровождается комбинированным поражением, главным и самым опасным компонентом которого является выпадение функции жизненно-важной системы «кровь — легкое», связанное с отравлением крови угарным газом и баротравмой легкого взрывной волной. В последние годы часть тяжело пораженных шахтеров удается спасти дополнением объема помощи на догоспитальном этапе и в остром периоде травматической болезни инфузией кровезаменителя, поглощающего извне и переносящего в ткани кислород. В 2001-2003 гг. этот кровезаменитель был введен 9 шахтерам с тяжелыми комбинированными поражениями после взрывов в шахтах «Распадская», «Зиминка», «Аллардинская» и «Красногорская». Все они были спасены, но в последующем нуждались в лечении у травматолога, реабилитационном лечении в центрах реабилитации Фонда социального страхования РФ, а некоторые из них — в лечении у психотерапевта.

Так, из 9 спасенных шахтеров, 3 человека, после завершения временной нетрудоспособности, были выписаны к труду; у 2 пациентов учреждения медико-социальной экспертизы, по завершении временной нетрудоспособности, установили на один год 100 % и 90 % утраты профессиональной трудоспособности. В филиалы Регионального отделения ФСС РФ, для получения комплекса реабилитационных мероприятий (в частности, санаторно-курортного лечения), эти пострадавшие не обращались.

Трое из спасенных продолжают амбулаторное лечение в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) по месту жительства. Один



шахтер умер в период временной нетрудоспособности — суицид по бытовой причине.

После ликвидации жизнеопасных осложнений ишемического токсикоза, требуют реабилитации и шахтеры, у которых при завалах в шахтах было длительное сдавление мягких тканей. Такие реабилитационные мероприятия во втором периоде травматической болезни проводятся в условиях соответствующих отделений специализированных лечебно-профилактических учреждений (г.г. Прокопьевск, Ленинск-Кузнецкий, Новокузнецк, Кемерово). В этих ЛПУ проводится соматическая реабилитация — восстановление движений в поврежденных сегментах опорно-двигательной системы, иннервации, восстановление, прежде всего, жизненно важных функций поврежденных внутренних органов брюшной полости, дыхательной функции легких при повреждениях грудной клетки, грубых неврологических расстройств при травмах черепа, позвоночника, головного и спинного мозга.

Комплексу реабилитации, рассчитанному на восстановление трудоспособности этой группы пораженных, наиболее подходит по своим возможностям Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз».

В комплекс реабилитации шахтеров с комбинированными поражениями после взрыва в шахте входит применение климатических и физиотерапевтических факторов, восстанавливающих дистрофические поражения миокарда угарным газом, дыхательную функцию поврежденных термofактором и ударной волной легких, функции центральной нервной системы, нарушение которых обусловлено посттравматической энцефалопатией, и т.д.

В условиях Центра реабилитации достаточно хорошо поддаются лечебным воздействиям последствия реперфузионного цитолиза ишемизированных при длительном сдавлении мышц травмированных конечностей. На восстановление их размеров, связанных с атрофией, и функции после длительной ишемии требуется достаточно длительное время — до одного года и более.

В Кузбассе насчитывается порядка 1500 спасателей. Их профессиональная деятельность протекает в условиях высокого физического и нервно-психического напряжения, вызванного воздействием различных по глубине и длительности экстремальных факторов.

Один из эффективных путей повышения качества профессиональной деятельности спасателей — психофизиологическая реабилитация, направленная на восстановление функциональных резервов, работоспособности и здоровья специалистов после работы в очагах ЧС.

С целью практического решения комплексных задач по психофизиологическому обеспечению специалистов аварийно-спасательных формирований и Службы медицины катастроф, участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, в Кемеровском областном Центре медицины катастроф создана лаборатория психофизиологического обеспечения.

За 5 лет существования лаборатории ее специалисты организовали процесс психофизиологического обеспечения профессиональных контингентов аварийно-спасательных формирований, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС, и начали психологическое обследование горноспасателей, спасателей МЧС и специалистов СМК.

При проведении профотбора и освидетельствования, 31 % обследованных было дано заключение «противопоказаний к предполагаемой работе не выявлено». Остальные 69 % специалистов были допущены к работам по ликвидации последствий ЧС, но им даны рекомендации по режиму труда и отдыха, с учетом их индивидуальных особенностей.

Из них, 13 % специалистов вошли в «группу риска» в связи с повышенной вероятностью возникновения болезненных состояний и неадекватных реакций на экзогенные воздействия, из-за специфических условий профессиональной деятельности в напряженных и экстремальных ситуациях. Очень важно отметить, что психологические критерии оценки общего состояния являются наиболее тонким инструментом, с помощью которого возможно не только улавливать едва начинающийся процесс дезадаптации, но и прогнозировать тип реакции у конкретной личности задолго до ситуации стресса.

Лица, выделенные в «группу риска», признаются «рекомендованными условно». Они в первую очередь нуждаются в систематической психологической помощи — коррекции неблагоприятных функциональных состояний и психоэмоциональных нарушений или отклонений. Для них также необходима соответствующая подготовка, направленная на формирование навыков психической саморегуляции в условиях стресса (обязательно с учетом индивидуально-типологических особенностей личности).

«Группа риска» — понятие динамическое. В процессе работы, при успешной адаптации, разрешении тех или иных социальных и личностных проблем, изменении состояния здоровья с помощью возможностей санаторно-курортного лечения данной категории лиц, «группа риска» может быть снята.

Остальные 56 % допущенных к работе специалистов — это лица, у которых «не выявлено существенных противопоказаний к участию в рабо-



тах по ликвидации ЧС». Такой вывод делается при наличии любых индивидуальных особенностей обследуемого человека, исключая обуславливающие принадлежности к «группе риска». Представители этой группы определены как активные, с адаптированной и адекватной реакцией на стресс.

По результатам обследования при проведении экспертизы трудоспособности после выхода из очага ЧС, выявлено, что 5 % сотрудников имеют противопоказания к дальнейшему участию в работах по ликвидации последствий в очагах ЧС. Это связано с развитием у них симптоматики хронического утомления (чувство усталости, снижение мышечной силы, закрепощенность и боли в работающих мышцах, вегетативные дисфункции, нарушение сна) и переутомления (перечисленные ранее симптомы плюс пограничные нервно-психические расстройства и обострение хронических заболеваний). Представителям этой группы рекомендовано повторное, углубленное психофизиологическое обследование и индивидуальное консультирование психолога, с целью перепроверить и дополнить полученные изначально результаты; решить вопрос о проведении реабилитационных мероприятий, в частности, в условиях санатория.

Остальные обследованные характеризуются незначительными отклонениями личностных особенностей от популяционных средних и первоначальных показателей, полученных при первичном освидетельствовании. У них выявлены признаки компенсируемого и острого утомления. Эти формы утомления, как правило, проходят после обычного отдыха со сном. Выявленные отклонения находятся на границе предельно допустимых норм и поэтому сделан вывод об отсутствии существенных противопо-

казаний к работе в условиях ЧС и частичном снижении уровня профессиональной пригодности и трудоспособности таких специалистов. Они также нуждаются в реабилитационных мероприятиях.

Таким образом, используя ряд методов и тестов, апробированных и рекомендованных к применению лабораторией психофизиологического обеспечения ВЦМК «Защита», среди всех обследованных было выделено три психологических группы:

1. Стресс-устойчивая, с высокой степенью адаптации и выраженной адекватной реакцией (31 % обследованных).
2. Стресс-устойчивая с адекватной реакцией (56 % обследованных).
3. «Группа риска»: стресс-лабильная с ажитированным компонентом реагирования (15 % обследованных) и стресс-лабильная с депрессивным компонентом реагирования (84,2 % обследованных).

Такие сугубо индивидуальные различия стресс-реакции обусловлены генетическими особенностями периферической нервной системы, с преобладанием либо симпатической нервной системы, либо системы блуждающего нерва.

На основании такого разделения, для предотвращения стрессовых последствий, необходимо проводить специфические профилактические мероприятия. И в этом отношении именно реабилитационное лечение в условиях Центров реабилитации может оказаться полезным. Оно особенно показано для лиц с остаточными явлениями заболеваний и нервно-психических нарушений, с пониженной профессиональной работоспособностью, после проведения реабилитационного лечения в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях.





Т.Ю. СМЕРНОВА, Г.А. САРКИСЯН, С.Н. СИНЬКОВ
ГУ Кузбасское региональное отделение ФСС РФ, филиал № 11,
г. Новокузнецк

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» В ЧАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Уже почти четыре года действует Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее — Федеральный закон). Это относительно небольшой срок для существования правоотношений и, в то же время, достаточный для подведения определенных итогов.

С момента принятия данного закона и до настоящего времени в него уже внесено довольно большое количество изменений и дополнений. Частично это продиктовано происходящей в России реформой законодательства, но основной причиной является несовершенство первоначальной редакции. Немаловажно, что, с другой стороны, изменения и дополнения свидетельствуют о постоянном совершенствовании правового регулирования указанных правоотношений, продиктованных результатами взаимодействия их участников.

Кемеровская область была и остается одним из самых неблагоприятных регионов по производственному травматизму и профессиональной заболеваемости. Высокая концентрация крупнейших предприятий черной и цветной металлургии, угольной промышленности и других отраслей экономики, в сочетании с техническим и человеческим факторами, становится причиной огромного числа пострадавших. Только наш (один из двух в городе Новокузнецке) филиал № 11 Государственного учреждения Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации производит страховое обеспечение около 3,5 тысяч застрахованных, у которых результатом повреждения здоровья стали стойкая утрата профессиональной трудоспособности или их смерть. Общее же количество страховых случаев значительно больше.

Как остановить эту волну? Какую роль играет Федеральный закон в сохранении жизни и здоровья работающего населения? Какие перспективы развития в этой сфере? Все это нема-

ловажные вопросы не только для специалистов, они касаются каждого гражданина.

Основными задачами обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, установленных Федеральным законом, являются обеспечение социальной защиты застрахованных и экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска, и обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Как показывает практика, именно профилактические мероприятия чаще являются наиболее эффективными и, в конечном итоге, менее дорогостоящими при разрешении тех или иных проблем. Именно в данном направлении за последнее время сделаны существенные шаги.

При анализе причин несчастных случаев на производстве, произошедших в 2001-2002 годах (здесь и далее приводятся данные филиала № 11), установлено, что главными являются:

- нарушение безопасных методов и приемов выполнения работ пострадавшими (!) (23,6 % и 28 % от общего числа несчастных случаев, соответственно, в 2001 и 2002 гг.);
- неудовлетворительная организация производства работ (16,3 % и 11,5 %, соответственно, в 2001 и 2002 гг.);
- недостатки в обучении безопасным методам и приемам выполнения работ (7 % и 8,5 %, соответственно, в 2001 и 2002 гг.).

Среди основных причин профессиональных заболеваний особо выделяются конструктивные недостатки оборудования (50 % и 53,8 % от общего числа профзаболеваний, соответственно, в 2001 и 2002 гг.) и несовершенство технологического процесса (37,5 % и 42,3 %, соответственно, в 2001 и 2002 гг.).

Для экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска, исполнительные органы Фонда



социального страхования РФ, в соответствии с Федеральным законом, устанавливают страхователям скидки и надбавки к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний в размере, не превышающем 40 % страхового тарифа. Размер указанной скидки или надбавки устанавливается страхователю с учетом состояния охраны труда, расходов на обеспечение по страхованию.

Фонд социального страхования РФ направляет средства для финансирования обучения по охране труда отдельных категорий застрахованных. Необходимость развития данной статьи расходов особенно актуальна на фоне вышеприведенных причин несчастных случаев.

Значительный прогресс наблюдается в области частичного финансирования предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, за счет страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. От двух видов предупредительных мер, предусмотренных в 2001 году, в 2002 году данный перечень увеличился до четырех и в 2003 году — до пяти. Сегодня предприятия имеют возможность использовать часть страховых взносов на такие мероприятия, как:

- проведение обязательных периодических медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами;
- оплата стоимости путевок на санаторно-курортное лечение работников, занятых на ра-

ботах с вредными и опасными производственными факторами;

- оплата расходов на приобретение работникам, занятым на работах с вредными и опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях, сертифицированных средств индивидуальной защиты по типовым нормам для бесплатной выдачи;
- проведение аттестации рабочих мест, сертификации работ по охране труда;
- приобретение приборов, контролирующих состояние условий труда.

Практическая оценка результатов профилактических мероприятий в настоящий момент не однозначна. С одной стороны, статистические данные за последние три года свидетельствуют о планомерном снижении числа несчастных случаев на производстве (диагр. 1). По сравнению с их количеством в 2001 году, на 1 декабря 2003 года это снижение составляет около 32 %.

В то же время, по профзаболеваниям наблюдается несколько иная ситуация: стремительное их увеличение в 2002 году и прямо противоположная тенденция в 2003 году (диагр. 2). Одно из объяснений этому вытекает из существа профессиональных хронических заболеваний — они возникают в результате длительного воздействия вредных производственных факторов. Поэтому предупредительные меры в их отношении должны дать ожидаемый эффект в будущем.

То же самое касается, в определенной мере, предварительных и периодических медицинских

Диаграмма 1
Количество несчастных случаев на производстве за период 2001–2003 гг., зарегистрированных в Филиале №1

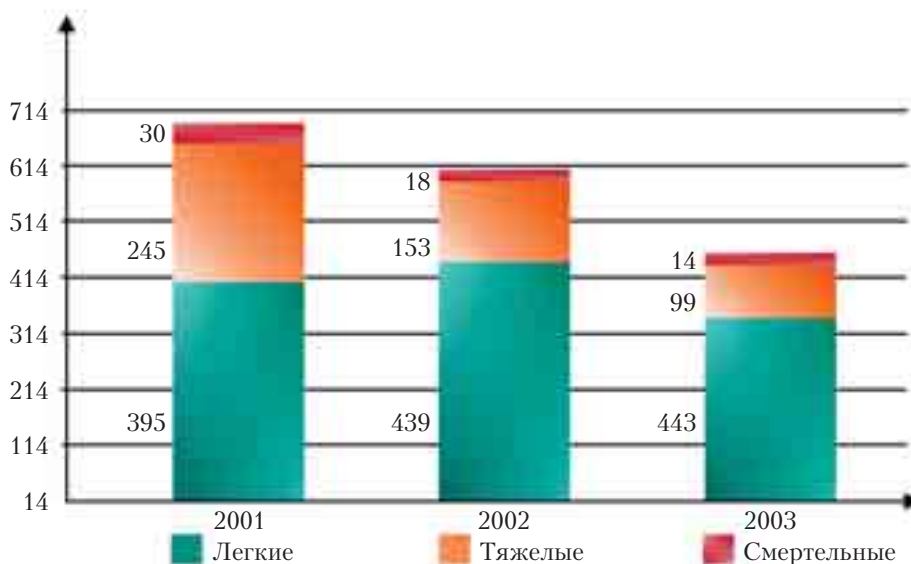
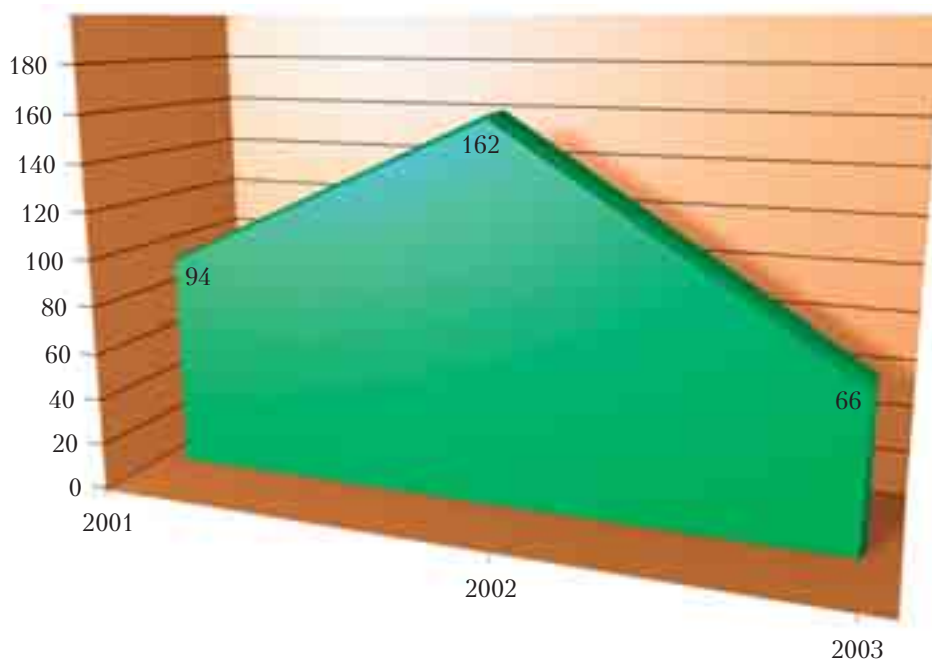


Диаграмма 2
Количество случаев профессиональных заболеваний за период 2001–2003 гг., зарегистрированных в Филиале №11



осмотров и санаторно-курортного лечения работников.

Таким же примером может служить и установление скидок и надбавок к страховым тарифам, которые, так или иначе, стимулируют работодателей к обеспечению безопасных условий и охраны труда. Эти усилия, по ряду причин, где немаловажное место занимает экономическая составляющая, порой не могут дать быстрый результат. Для строительства, монтажа, замены оборудования, совершенствования и переустройства рабочих мест и т.д., страхователям нередко требуются продолжительные периоды времени.

В то же время, несмотря на это, можно говорить об определенной положительной тенденции в развитии профилактического направления в реализации Федерального закона.

Но если все же с работником произошел несчастный случай на производстве, или ему уже установлено профессиональное заболевание, главной задачей становится возвращение человека к полноценной жизни или максимальное продвижение на этом пути. Именно этому служат мероприятия медицинской реабилитации застрахованных лиц.

Среди них особо стоит выделить реабилитационное лечение в Центрах реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации. Качественное и своевременно получен-

ное лечение не только может восстановить здоровье работника или снизить отрицательные последствия травмы, но и элементарно спасти ему жизнь.

Благоприятный эффект медицинской реабилитации очевиден.

В филиале № 11 был проанализирован эффект от реабилитационного лечения. Из всех пациентов, получивших данный вид реабилитации в 2001 году, у 6 % человек восстановилось здоровье, у 41 % — снизилась степень утраты профессиональной трудоспособности, у 47 % — степень утраты профессиональной трудоспособности осталась без изменений. В 2002 году число пострадавших, восстановивших здоровье, составило 21 %, уменьшение степени утраты профессиональной трудоспособности отмечено у 28 %, степень утраты профессиональной трудоспособности осталась без изменений у 46 %.

Последние изменения, внесенные в Федеральный закон, позволяют осуществлять (и, соответственно, оплачивать) лечение застрахованного непосредственно после произошедшего на производстве тяжелого несчастного случая, без освидетельствования в учреждении медико-социальной экспертизы. Это позволяет добиться оперативности в предоставлении данного вида реабилитации и максимально эффективного выполнения задач по восстановлению здоровья пострадавших.



Большое внимание уделяется реализации программы реабилитации пострадавших на производстве и больных профессиональными заболеваниями в санаторно-курортных учреждениях.

Считаем, что основной задачей реабилитации при этом является скорейшее восстановление трудоспособности и возвращение пострадавшего к нормальной трудовой деятельности, и, соответственно, уменьшение производимых филиалом расходов по данному виду страхования.

В течение 2001-2003 гг. филиал выделил 1815 путевок для санаторно-курортного лечения пострадавших на производстве.

Большая часть пациентов (в 2001 г. — 59 %, в 2003 г. — 72 %) получили лечение в Центрах реабилитации Фонда социального страхования РФ (далее — ЦР ФСС РФ). Причем, число реабилитируемых выросло с 492 человек в 2001 году до 732 человек в 2003 году (данные даны по состоянию на 01.12.2003 г.).

Филиал предоставляет путевки в такие ЦР ФСС РФ, как «Топаз» (Кемеровская область), «Ключи» (Томская область), «Туманный» (Республика Хакасия), «Омский» (г. Омск), «Тараскуль» (Тюменская область).

После подробного ознакомления с предоставляемыми Центрами услугами по реабилитационному лечению, предпочтение отдано первому из них (диагр. 3). Специализированные отделения реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний открыты в Центре реабилитации «Топаз» с 2000 года. В Центр принимаются пострадавшие с профессиональными заболеваниями

давшие с профессиональными заболеваниями органов дыхания нетуберкулезного характера, нервной системы, ЛОР-органов, системы кровообращения, органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата.

Основными природными лечебными факторами здравницы являются лечебная грязь курорта «Озеро Учум», минеральная вода, добываемая из скважины № 3151 Центра реабилитации «Топаз», горный климат и чистый лесной воздух. Современная лечебно-диагностическая база Центра говорит о высоком уровне оказываемой квалифицированной помощи и эффективном лечении.

Итоги проводимой работы обнадеживают, в частности, показывают эффективность проводимой реабилитации. По отзывам пострадавших, у них отмечается улучшение состояния здоровья, и это, в свою очередь, находит отражение в изменении процента утраты профессиональной трудоспособности (табл. 1).

Из 673 человек, прошедших лечение в Центре реабилитации «Топаз» (данные о 83 пациентах пока отсутствуют), 46 пациентов выписаны по окончании лечения со значительным улучшением в состоянии здоровья (6,8 %), 582 человека изменений в состоянии здоровья не отметили. Это также является положительным фактором, т.к. достигнута ремиссия заболевания.

Анализ эффективности реабилитации 63 человек, которым в течение трех лет (2001-2003 гг.) предоставлялись путевки в Центр реабилитации «Топаз», представлен в таблице 2.

Диаграмма 3
Распределение выданных путевок на санаторно-курортное лечение в ФГУ ЦР ФСС РФ "Топаз", в процентном соотношении по годам (2001-2003гг.)

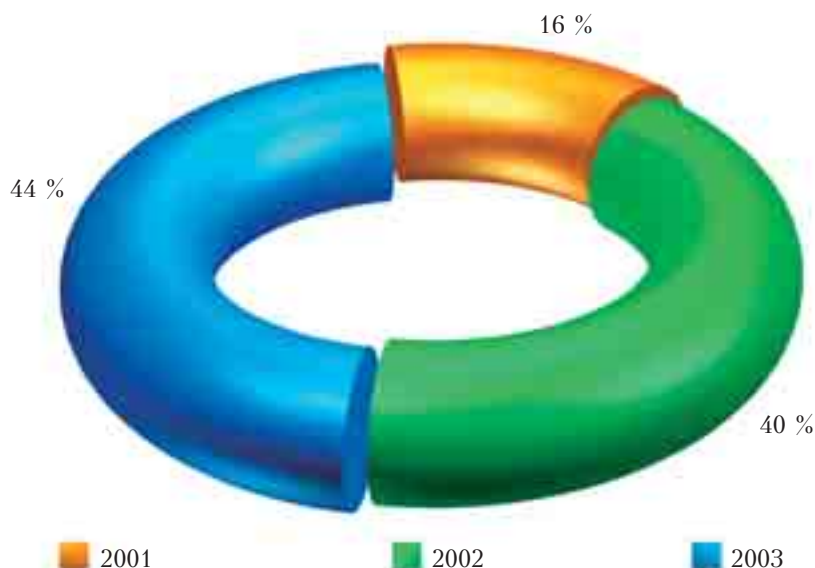


Таблица 1
Число выданных в 2001–2003 гг. путевок на санаторно-курортное лечение в ФГУ ЦР ФСС РФ "Топаз"

	2001	2002	2003
Всего путевок	123	304	329
по возрасту:			
до 40 лет	3	4	5
40-60 лет	41	125	148
> 60 лет	79	175	176
Изменение степени утраты трудоспособности:			
снижение:			
до 40 лет	2	3	1
40-60 лет	8	14	16
> 60 лет	-	-	2
без изменения:			
до 40 лет	1	1	4
40-60 лет	33	25	121
> 60 лет	69	166	162
увеличение:			
до 40 лет	-	-	-
40-60 лет	-	3	11
> 60 лет	10	9	12

Из таблицы видно, что основная часть этой категории лиц – люди старше 60 лет, причем эффективность реабилитации застрахованных этой группы значительно ниже, чем в других случаях.

Анализируя изменение процента утраты профессиональной трудоспособности, можно отметить, что у 4,8 % пострадавших степень утраты профессиональной трудоспособности снизилась, у 81 % – осталась без изменений (что, как уже отмечалось, также является положительным фактором), и только у 4,3 % пациентов степень утраты профессиональной трудоспособности увеличилась. Основная часть последней группы (85,7 %) – застрахованные, степень утраты профессиональной трудоспособности которых установлена бессрочно. Можно в определенной мере считать, что у этой группы пострадавших достигнута компенсация нарушенных функций.

При получении реабилитационного лечения в условиях санаториев и реабилитационных центров немаловажное значение имеет стремление самого пострадавшего вернуть утраченную профессиональную трудоспособность. Только при наличии этого фактора возможен положительный результат.

Таблица 2
Изменение степени утраты трудоспособности у лиц, получивших реабилитационное лечение в 2001–2003 гг.

Возраст	Количество	Вид происшествия		% утраты бессрочно	Изменение степени утраты		
		профзаболевание	травма		уменьшение	без изменения	увеличение
до 40 лет	0	0	0	0	0	0	0
40-60 лет	14	11	3	0	3	9	2
> 60 лет	49	35	14	45	-	42	7



В.В. РАЗУМОВ, В.А. ЗИНЧЕНКО
ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний СО РАМН,
Государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ПРИЧИНЫ ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЫЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И НЕСВОЕВРЕМЕННОСТИ НАЧАЛА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Динамическое наблюдение за 266 работниками, больными пылевой патологией органов дыхания, свидетельствует о развитии дыхательной недостаточности у тех из них, у которых она отсутствовала при первоначальном обследовании. Одной из причин хронизации профессионального заболевания является продолжение работы в прежних условиях запыленности, в связи с отсутствием доказательств безопасности продолжения работы при отсутствии каких-либо проявлений дыхательной недостаточности. Несовершенство критериев нетрудоспособности при пылевой патологии легких автоматически приводит к несвоевременному началу реабилитационных мероприятий.

The reasons of the diagnostics delay of mechanic respiratory pathology and the tardiness of rehabilitation measures onset. The case follow-up of 226 workers with mechanic respiratory pathology indicates the genesis of respiratory failure in those subjects who hadn't it during the initial examination. One of the reasons of occupational disease chronicity is work continuation under the previous conditions of dusting because of the lack of the strict evidences of work continuation safety when there are no any manifestations of respiratory failure. Imperfection of disability criteria in mechanic pulmonary pathology automatically leads to the tardy onset of rehabilitation measures.

Профилактическое содержание профпатологии предполагает прекращение работы во вредных условиях труда при появлении начальных признаков заболевания, то есть со времени диагностики профессионального заболевания. Однако действующие в профпатологии рекомендации по трудоустройству больных пылевой патологией легких считают возможным продолжение работы в условиях запыленности при развитии пылевого бронхита без нарушения функции дыхания (так называемая «компенсированность процесса»). Работу можно продолжать до тех пор, пока не разовьются стойкие и необратимые изменения в виде присоединения инфекционного процесса в бронхах и/или бронхообструкции, потенциально опасные неизбежным развитием в дальнейшем эмфиземы легких, легочной гипертензии и легочно-сердечной недостаточности [1]. Примечательно, что в профпатологический литературе последних 15-20 лет нельзя найти аргументированного доказательства безопасности работы в пылевых условиях после возникновения пылевого бронхита без нарушения функции дыхания.

С целью изучения профпатологической эффективности действующих установок в отношении сроков прекращения работы в условиях запыленности проанализированы показатели функции внешнего дыхания (ФВД) при динамичес-

ком наблюдении в клинике ГУ НИИ КППЗ 226 мужчин с пылевой патологией органов дыхания. Оценка показателей ФВД проводилась соответственно методическим рекомендациям [2].

На время конечного наблюдения (преимущественно 2002-2003 гг.) нозологические формы, а также их диагностическая предварительность или заключительность, представлены в таблице 1.

Основные хронологические характеристики обследованных пациентов и динамического наблюдения представлены в таблице 2.

Состояние функции внешнего дыхания на время первичного обследования, эволюция дыхательной недостаточности за время динамического наблюдения за работающими и продолжительность периода трансформации стадий дыхательной недостаточности представлены в таблице 3.

По представленным данным видно, что при развитии хронического бронхита появление начальных признаков дыхательной недостаточности еще не являлось основанием для прекращения работы в условиях запыленности. Пациенты еще несколько лет продолжали работать, до развития явной дыхательной недостаточности.

На запоздалость трудоустройства указывает дальнейшее нарастание степени выраженности дыхательной недостаточности, уже после прекращения работы во вредных условиях (таблица 4).



Таблица 1
Нозологический профиль пылевой патологии органов дыхания (количество обследованных)

Степень достоверности диагноза	Пневмокониоз без пылевого бронхита	Пылевой бронхит		Итого
		без пневмокониоза	с пневмокониозом	
Предварительный диагноз	9	30	20	59
Заключительный диагноз	26	96	46	167
Итого:	35	126	66	226

Таблица 2
Хронологические характеристики контингента и динамического наблюдения

Хронологические характеристики	Диапазон показателя (лет)	M ± m
Возраст на начало наблюдения	36-68	49,16 ± 0,43
Продолжительность работы после начала наблюдения	1-11	1,72 ± 0,14
Возраст при прекращении работы в условиях запыленности	36-70	50,88 ± 0,41
Продолжительность наблюдения после прекращения работы	1-19	2,09 ± 0,26
Общая продолжительность наблюдения	1-19	3,81 ± 0,28
Возраст в конечной точке наблюдения	40-70	52,97 ± 0,43

Таблица 3
Интервалы эволюции исходных степеней ФВД (в годах) и количество случаев

Степени нарушения ФВД ко времени трудоустройства		Исходные степени нарушения ФВД			
		0	0-I	I	≥ I-II
0	n	57			
	M ± m	1,28 ± 0,16			
0-I	n	22	38		
	M ± m	3,45 ± 0,43	0,60 ± 0,14		
I	n	27	14	23	
	M ± m	3,63 ± 0,44	2,14 ± 0,33	0,17 ± 0,13	
≥ I-II	n	1	1		8
	M ± m	2 ± 0	1 ± 0		0,63 ± 0,47
Итого:		107	53	23	8

Таблица 4
Интервалы эволюции стадий ФВД (в годах) со времени трудоустройства и количество случаев

Степени нарушения ФВД ко времени конечного наблюдения		Степени нарушения ФВД ко времени трудоустройства			
		0	0-I	I	≥ I-II
0	n	41			
	M ± m	0,14 ± 0,10			
0-I	n	10	52		
	M ± m	3,2 ± 0,42	0,59 ± 0,20		
I	n	7	11	62	
	M ± m	4,86 ± 0,51	2,82 ± 0,54	1,13 ± 0,22	
≥ I-II	n	3	1	11	11
	M ± m	14,3 ± 5,19	7 ± 0,00	4,0 ± 0,66	0,37 ± 0,19
Итого:		61	64	73	11

Приведенные показатели нарастания дыхательной недостаточности не отражают реальных масштабов ее прогрессирования, поскольку пациенты, после установления заключительного диагноза, в дальнейшем переосвидетельствуются

в профцентрах по месту жительства и в клинику не поступают. Как указано в таблице 2, возраст пациентов при последнем обследовании в клинике ГУ НИИ КППЗ составляет, в среднем, 53 года.



Приемом, позволяющим уже больных хроническим бронхитом оставлять на «законных» основаниях на работе в прежних условиях запыленности, является подмена диагноза хронического бронхита на, так называемую, «группу риска», «группу контроля» или «группу динамического наблюдения». В приводимой таблице 5 нетрудно заметить, что переломным моментом в смене диагностики «группы риска» на заключительный диагноз хронического бронхита является появление дыхательной недостаточности не менее I-й степени.

Ретроспективная оценка отдаленных степеней нарушения функции дыхания, с первоначальной точки зрения на состояние здоровья работников, приведена в таблице 6.

Данные таблицы указывают на прогрессирование дыхательной недостаточности у работников, своевременно попавших в поле зрения профпатологической службы и потому, казалось бы, должны были быть застрахованными от усугубления нарушения состояния здоровья.

Запоздалое определение сроков прекращения контакта с воздействием промышленных аэрозолей усугубляет состояние здоровья работников не только непосредственно, но и опосредованно, поскольку отодвигает начало проведения реабилитационных мероприятий.

Таким образом, одной из кардинальных медицинских причин развития и прогрессирования профессиональных заболеваний является несовершенство методологической (а не методической) базы по оценке состояния здоровья. Это связано, в свою очередь, с отсутствием мониторинга за состоянием здоровья работников не только в период работы, но и в отдаленные сроки после ее окончания.

Таблица 5

Соотношение клинической трактовки состояния работающих при первоначальном обследовании со степенью нарушения ФВД (количество наблюдений)

Степень нарушения ФВД при первоначальном обследовании	Первоначальная трактовка клинической ситуации		Итого
	группа риска	хронический бронхит	
0	94	13	107
0-I	35	18	53
I	0	22	22
≥ I-II	2	6	8
Итого:	131	59	190

Таблица 6

Соотношение клинической трактовки состояния работающих при первоначальном обследовании со степенью нарушения ФВД при отдаленном наблюдении (количество случаев)

Степень нарушения ФВД при конечном обследовании	Первоначальная трактовка клинической ситуации		Итого
	группа риска	хронический бронхит	
0	37	4	41
0-I	48	20	68
I	56	29	85
≥ I-II	14	17	31
Итого:	155	70	225

ЛИТЕРАТУРА:

1. Профессиональные заболевания. Т. 2 /Н.Ф. Измеров, А.М. Монаenkova, В.Г. Артамонова и др. – М., 1996. – 480 с.
2. Гришин, О.А. Функциональная диагностика нарушения бронхиальной проходимости на основе комплексного анализа показателей спирометрии у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких: Метод. реком. /Гришин О.А., Музыченко Л.М. – Новосибирск, 1996. – 28 с.



М.А. КАРАТАЕВА, Н.Э. ШПИЛЕВА

ГУ Кузбасское региональное отделение ФСС РФ, филиал № 13

ПРАКТИКА РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» В ЧАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

В связи с внесением изменений и дополнений Федеральным законом № 118-ФЗ от 07.07.2003 г. в Федеральный закон от 25.07.1998 года № 125 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», перед Фондом социального страхования Российской Федерации поставлены новые задачи в области профилактики заболеваний и реабилитации пострадавших, особенно в ранние сроки после тяжелого несчастного случая на производстве.

В профилактике профессиональных заболеваний и производственно обусловленных травм, со стороны Фонда социального страхования Российской Федерации (далее Фонд), важнейшее значение имеет участие представителей Фонда в составе комиссии по расследованию несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В процессе расследования каждого случая производственной травмы или профессионального заболевания комиссия, с участием представителя Фонда, подробно рассматривает причины, обстоятельства и условия возникновения производственной травмы или профессионального заболевания. Комиссия также рассматривает наличие вины работодателя, допустившего нарушение правил техники безопасности, санитарно-эпидемиологических правил и иных нормативных актов, в результате которых произошли (возникли) травмы или заболевания. При этом, в целях предупреждения в дальнейшем профессиональных заболеваний (отравлений) или производственных травм, комиссия устанавливает перед работодателем обязательства устранения выявленных нарушений.

Федеральным законом от 07.07.2003 г. № 118 «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон № 125 — ФЗ от 24.07.1998 г. ...» внесены изменения в перечень видов страхового обеспечения. В частности, введен новый вид страхового обеспечения — оплата лечения застрахованного, осуществляемого на территории РФ непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, до

восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

В настоящее время ГУ Кузбасское региональное отделение ФСС РФ отработывает комплекс мероприятий по взаимодействию между страховщиком, страхователями и лечебно-профилактическими учреждениями, обеспечивающими лечение застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве, с первого дня нетрудоспособности до выздоровления или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности, за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В регионе уже заключены договоры «На лечение застрахованных лиц непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности» с четырьмя медицинскими учреждениями.

В филиале № 13 ГУ Кузбасского регионального отделения ФСС РФ уже начата работа по реабилитации пострадавших на производстве в ранние сроки после тяжелых несчастных случаев на производстве.

Один из случаев оплаты расходов на лечение лица, пострадавшего вследствие произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве: Пострадавший Р., 1965 года рождения, профессия — машинист горных выемочных машин, подземный 5 разряд.

В ночь с 21-го на 22-е мая 2003 года произошел тяжелый несчастный случай. Пострадавший Р., в тяжелом состоянии, был доставлен автотранспортом предприятия в реанимационное отделение ФГ ЛПУ Научно-клинического центра охраны здоровья шахтеров (г. Ленинск-Кузнецкий) 22.05.2003 г., с диагнозом: «Политравма. Сдавление грудной клетки, застойная форма. Обширные ссадины. Кровоизлияние передней поверхности грудной клетки, передней брюшной стенки. Закрытый перелом трехгранной кости правой кисти. Сотрясение головного мозга. Зак-



рытый перелом скуловой кости справа. Ушиб мягких тканей лица».

Акт о несчастном случае на производстве с Р. составлен 22.05.2003 г.

При предоставлении 22.08.2003 г. филиалу счета-фактуры на медицинские услуги за лечение Р. и акта сдачи-приемки объема лечебно-диагностических мероприятий, проведенных ему в ФГ ЛПУ НКЦОЗШ, 26.08.2003 г. была произведена оплата данного вида помощи в размере 19666 руб. 76 коп.

После стационарного лечения в отделении травматологии ФГ ЛПУ НКЦОЗШ, проведенного с 22 мая по 11 июня 2003 г., пострадавший Р. был переведен для дальнейшего реабилитационного лечения в Федеральное государственное учреждение Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз» (далее — Центр реабилитации «Топаз»). С 11 июня по 02 июля 2003 г. пострадавшему Р. был проведен комплекс реабилитационных мероприятий, в соответствии с заключениями клинико-экспертных комиссий ФГ ЛПУ НКЦОЗШ и Центра реабилитации «Топаз».

При предоставлении филиалу счета-фактуры за реабилитационное лечение Р. и акта сдачи-приемки объема реабилитационных мероприятий, проведенных Центром реабилитации «Топаз», филиалом была произведена оплата данного вида помощи в размере 22640 руб. 76 коп.

10.09.2003 г. бюро медико-социальной экспертизы травматологического профиля г. Кемерово установило пострадавшему Р. 40 % утраты профессиональной трудоспособности на 1 год.

При анализе предыдущих случаев тяжелых травм на производстве, без реабилитационного лечения в ранние сроки после производственных травм, пострадавшим при первичном освидетельствовании бюро МСЭ, как правило, устанавливало 80-100 % утраты профессиональной трудоспособности, с возможным снижением процента утраты профессиональной трудоспособности при очередном освидетельствовании. При этом, процент утраты трудоспособности мог снизиться незначительно (на 10-20 %), так как потенциал компенсаторных функций организма в поздние сроки реабилитации снижен, и восстановление при этом происходит намного медленнее и редко доходит до полной компенсации.

Как показывают наши наблюдения, реабилитационное лечение пострадавших на производстве в Центре реабилитации «Топаз», с применением природных лечебных факторов, дает положительный эффект и поэтому имеет больший удельный вес среди дополнительных видов страхового обеспечения, рекомендуемых КЭК ЛПУ и бюро МСЭ.

По заключению бюро медико-социальной экспертизы и КЭК лечебно-профилактических учреждений, в 2003 году (по состоянию на 01.10.2003 г.) в реабилитационном лечении нуждались 693 человека. За тот же период времени реабилитационное лечение получили 464 человека. Из них, 184 человека прошли реабилитационное лечение в Центре реабилитации «Топаз» (диагр.). Из диаграммы видно, что, по сравнению с другими аналогичными Центрами, в Центре реабилитации «Топаз» реабилитационное лечение получило меньшее число пострадавших. Причина такого положения состоит в том, что в Центре реабилитации «Топаз» для нашей области недостаточно мест, и филиал вынужден предлагать пострадавшим реабилитационное лечение в других регионах.

Оснащение Центра реабилитации «Топаз» современным медицинским оборудованием, наличие природных лечебных факторов, высокая квалификация медицинского персонала, применение новейших методик лечения, увеличение сроков реабилитации пострадавших с 21-го до 24-х дней, а при реабилитации пострадавших на производстве в ранние сроки после тяжелой травмы — до 2-х и более месяцев, сокращает, как правило, частоту обострений профессиональных хронических заболеваний и заболеваний, связанных с производственными травмами.

Так, проанализировав совместно с ЛПУ отдаленные результаты эффективности реабилитационного лечения 217 пострадавших на производстве с последствиями производственных травм и профессиональными заболеваниями в Центре реабилитации «Топаз» (2000-2002 гг.), мы пришли к выводу, что у этих больных увеличился период ремиссии, и сократилось число обострений хронических заболеваний. При очередном освидетельствовании в бюро МСЭ, у девяти из 217 пострадавших был снижен процент утраты профессиональной трудоспособности. Все они прошли курс реабилитационного лечения в первые 2-3 года после получения травмы. У остальных пациентов процент утраты трудоспособности не увеличился.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что проведение реабилитационных мероприятий сокращает не только показатели стойкой утраты профессиональной трудоспособности и инвалидности от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, но и увеличивает реабилитационный потенциал пострадавших. Это позволяет вернуть к труду лиц трудоспособного возраста, добиться стойкой ремиссии у пострадавших, которым стойкая утрата трудоспособности установлена «бессрочно», что, несомненно, отразится и на качестве жизни населения Кемеровской области.

Диаграмма
Число пострадавших, прошедших реабилитационное лечение
в санаторно-курортных учреждениях и Центрах реабилитации в 2003 г. (по состоянию на 01.10.2003 г.)





В.В. РАЗУМОВ, Н.А. ШАПКИХ, В.А. ЗИНЧЕНКО, Г.М. ШЕВЦОВА,
Л.Я. РОЙЗЕН, Н.И. ПАВЛОВА, Н.В. ФЕДОСЕЕВА, О.В. ГОРЯЧЕВА
ГУ НИИ Комплексных проблем гигиены и профзаболеваний СО РАМН,
Государственный институт усовершенствования врачей,
МУЗ Городская больница № 2,
г. Новокузнецк

О РАННЕМ НАРУШЕНИИ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЫЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ

Допплерэхокардиографическое исследование гемодинамики малого круга кровообращения, особенно при проведении пробы с физической нагрузкой, выявляет наличие не только явной, но и скрытой легочной гипертензии у больных начальными проявлениями пылевой патологии легких, которая (легочная гипертензия) в настоящее время не включена ни в критерии потери профессиональной пригодности, ни в показания для начала проведения реабилитационных мероприятий. Обрисовывавшаяся проблема развития легочной гипертензии на начальных этапах профессиональной патологии требует дальнейшего ее изучения более информативным, инвазивным методом исследования гемодинамики малого круга кровообращения, позволяющим, к тому же, проводить адекватную физическую нагрузку для выявления латентной легочной гипертензии, как это и принято в пульмонологии.

Dopplercardiometric investigation of lesser circulation hemodynamics especially in testing with physical load reveals not only evident pulmonary hypertension but also latent one in the patients with initial manifestations of mechanic pulmonary pathology. Nowadays pulmonary hypertension isn't induced neither in the criteria of occupational adaptability losses nor in the evidences for beginning rehabilitation measures. The detected problem of pulmonary hypertension genesis at the initial stages of occupational pathology demands its further study using more informative, invasive method of investigation of lesser circulation hemodynamics which allows to conduct adequate physical load to detect latent pulmonary hypertension as it is established in pulmonology.

Эффективность реабилитационных мероприятий при профессиональной патологии существенно зависит от своевременности начала их проведения. На практике, как правило, реабилитацию начинают проводить больным не с начальными признаками профессиональных заболеваний, когда они еще могли бы быть эффективными, а уже при развитии осложнений этих заболеваний [1], когда эффективность реабилитационных вмешательств становится проблематичной. Применительно к пылевой патологии органов дыхания, реабилитационные мероприятия рекомендуется начинать только при развитии дыхательной недостаточности I-й степени, уже равнозначном потере профессиональной пригодности.

Столь запоздалые трудоустройство и начало реабилитационных мероприятий обосновываются отсутствием доказательств серьезности изменений в системе органов дыхания на стадии формирования пылевой патологии, до возникновения дыхательной недостаточности. Несмотря на тесную функциональную связь систем органов ды-

хания и малого круга кровообращения, при пылевой патологии органов дыхания врачи-профпатологи не уделяют внимания состоянию гемодинамики малого круга кровообращения, полагая, вероятно, что развитие легочной гипертензии при этих заболеваниях является осложнением далеко зашедших стадий заболевания.

Целью исследования явилось определение времени возникновения нарушений гемодинамики малого круга кровообращения у работников угольной и рудодобывающей отраслей промышленности методом доплерэхокардиографической оценки, в комплексе с изучением право- и левосердечной гемодинамики, а также центральной и периферической гемодинамики большого круга кровообращения.

Обследование выполнено у 88 мужчин, работающих (работавших) в шахтах или рудниках проходчиками, крепильщиками, горнорабочими очистного забоя, машинистами горно-выемочных машин, электрослесарями, взрывниками, мастерами участков. Степень запыленности на рабочих местах, по критериям гигиенической оценки



и классификации труда (Р 2.2.755-99), относилась преимущественно к классам вредности 3.3-3.4, при которых содержание пыли превышает ПДК в несколько десятков раз.

Возраст обследованных составил 37-68 лет, в среднем, $51,31 \pm 0,61$ лет. Профессиональная патология диагностировалась после ежегодного динамического наблюдения в клинике НИИ КППиПЗ СО РАМН. Кратность госпитализаций, включая настоящую, составила, в среднем, 5,8 раз. Ко времени исследования, предварительный диагноз хронического профессионального бронхита имелся у 9 пациентов, заключительный диагноз хронического профессионального бронхита — у 54 человек, предварительный диагноз антракосиликоза — у двух больных, заключительный диагноз антракосиликоза — у 23 обследованных.

Продолжительность профессионального стажа составила от 14 до 36 лет, в среднем, $26,39 \pm 0,56$ лет. Продолжали работать на основных профессиях 37 мужчин. Остальные 51 человек либо находились на пенсии, либо работали в условиях без воздействия запыленности. Пациенты с осложненной гипертонической болезнью, стенокардией и перенесенным инфарктом миокарда в исследование не включались.

Контрольная группа была представлена 43 мужчинами в возрасте от 34 до 65 лет, в среднем, $47,86 \pm 1,05$ лет, не работавших в условиях запыленности и не страдавших патологией органов дыхания и кровообращения. Лишь у части пациентов в контрольной и основной группах имелась неосложненная артериальная гипертензия.

Ультразвуковое исследование проводилось в «М», «В» и импульсном доплеровском режимах, по методике Американской ассоциации, на эхокардиографе «RT-6800» фирмы «Дженерал Электрик» с цветным доплером секторальным датчиком 2,5 МГц.

Доплерэхокардиографически определялись общепринятые линейные, объемные, структурные, скоростные, хронометрические показатели правого и левого отделов сердца в периоды систолы и диастолы, а также характеристики трансклапанных потоков крови, с последующим получением расчетных показателей. Исследование выполнялось в состоянии покоя, после чего проводилась функциональная нагрузка (ФН) — десятиминутное придание ногам антиортостатического положения путем поднятия ножного конца стола на 45 градусов. Указанный вид нагрузки, по данным литературы, считается адекватным для оценки функции правого желудочка и состояния гемодинамики малого круга кровообращения [2, 3, 4]. После выполнения функциональной нагрузки, регистрировались показатели,

позволяющие оценить величину давления в малом круге кровообращения, правожелудочковую гемодинамику, а также ряд показателей левожелудочковой, центральной и периферической гемодинамики большого круга кровообращения. С целью повышения точности измерений показателей, ультразвуковое исследование сопровождалось синхронной записью ЭКГ. Общее количество анализируемых эхокардиографических признаков составило 194. У всех пациентов обследуемой группы регистрировались показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и выполнялась велоэргометрическая проба (ВЭМ), для оценки толерантности к физической нагрузке.

Кардинальным показателем состояния малого круга кровообращения рассматривали величину среднего давления в легочной артерии (ЛАДср), верхним нормальным значением которой в покое считали 20 мм рт. ст. [5, 6]. Величина ЛАДср определялась по методу А. Kitabatake [7].

В условиях покоя в обследуемой группе величина ЛАДср находилась в интервале 9,0-21,7 мм рт. ст. (в среднем, $15,45 \pm 0,36$), в контрольной группе — 9,0-19,0 мм рт. ст. ($13,57 \pm 0,49$). Различия средних значений были статистически достоверными ($t = 3,10$; $p < 0,05$). Кроме того, из 88 пациентов основной группы, у 9 человек в состоянии покоя выявлялась легочная гипертензия — $21,39 \pm 0,58$ мм рт. ст.

После выполнения физической нагрузки ЛАДср находилось в обследуемой группе в интервале 9,0-29,9 мм рт. ст. ($19,84 \pm 0,51$), в контрольной группе — 9,0-19,0 мм рт. ст. ($13,70 \pm 0,45$). Различия средних значений были статистически достоверными ($t = 9,03$; $p < 0,001$). Кроме того, после физической нагрузки в основной группе уже у 54 пациентов ЛАДср превысило значение 20,0 мм рт. ст. (в среднем, $23,00 \pm 2,64$), тогда как ни у кого из пациентов контрольной группы оно не поднялось выше 19 мм рт. ст.

Тенденция к повышению легочного давления у пациентов с пылевой патологией легких подтверждалась и другим показателем — периодом предизгнания (ППИЗ), измеряемого от начала зубца Q на электрокардиограмме до начала систолического потока в выносящем тракте правого желудочка. В кардиологической литературе [4, 8] этот показатель рассматривается как один из наиболее информативных в оценке величины ЛАДср. и функционального состояния правого желудочка.

В состоянии покоя между пациентами изучаемой и контрольной групп различия были не достоверными (соответственно, $99,15 \pm 2,58$ мсек и $95,33 \pm 4,82$ мсек; $t = 0,69$; $p > 0,05$). После физической нагрузки периоды ПИЗ достигли значений $109,4 \pm 2,85$ и $94,67 \pm 4,16$, соответ-



твенно, теперь уже став достоверно различными ($t = 2,93$; $p < 0,01$).

Таким образом, два наиболее информативных показателя состояния малого круга кровообращения свидетельствовали о существовании явной тенденции к развитию легочной гипертонии. При этом следует обратить внимание, что степень физической нагрузки при антиортостатической пробе была слишком скромной, по сравнению с используемой по данным литературы, в случаях катетеризации правых отделов сердца и легочной артерии, когда пациентами для выявления скрытой легочной гипертонии выполняется ВЭМ-проба мощностью в 60 ватт. У наших пациентов (обследуемая группа) приращение двойного произведения (частота сердечных сокращений $\times$ АД-систолическое) после антиортостатической пробы составило, в среднем, 1356 ± 176 условных единиц (у.е.). При выполнении этими же пациентами ВЭМ мощностью в 60 ватт, величина приращения двойного произведения составила 4506 ± 226 у.е.

Корреляционный анализ показал, что величина ЛАДср при физической нагрузке достоверно связана с общим и удельным периферическими сопротивлениями малого круга кровообращения ($r = 0,49$ и $r = 0,50$, соответственно; $p < 0,05$). С величинами ударного и минутного объемов правого желудочка сила связи ЛАДср при физической нагрузке была намного слабее ($r = 0,22$ и $r = 0,18$, соответственно) и статистически недостоверной.

Среди 88 пациентов основной группы, гипертрофия передней стенки правого желудочка (ТПСпж $> 0,5$ см) была выявлена у 15 мужчин со средним значением ЛАДср при физической нагрузке, равным $22,45 \pm 1,01$ мм рт. ст. Среди 73 пациентов с нормальной ТПСпж, величина ЛАДср при физической нагрузке составляла $19,31 \pm 0,33$ мм рт. ст. И, хотя различия в приведенных величинах ЛАДср были достоверны ($t = 2,28$; $p < 0,05$), ни корреляционный, ни дисперсионный анализы достоверной зависимости ТПСпж от величины ЛАДср при физической нагрузке не выявили. Кроме того, при одних и тех же значениях ЛАДср в пределах до 20,0 мм рт. ст., ТПСпж у пациентов основной группы, оставаясь нормальной, постоянно была больше таковой, чем у лиц контрольной группы. Возможно, что тяжелый физический труд у пациентов основной группы был дополнительным гипертрофирующим фактором, влияющим на ТПСпж, поскольку аналогичная ситуация наблюдалась и в отношении толщины задней стенки левого желудочка.

По данным корреляционного анализа, ЛАДср при физической нагрузке не была связана ни с продолжительностью профессионального стажа, ни со степенью запыленности ($r = 0,05$).

Состояние ФВД было достоверно связано с величинами ЛАДср, как в покое, так и при физической нагрузке (таблица). Оценка степени нарушения ФВД проводилась согласно принятым в профпатологии методическим рекомендациям [9].

Таблица
Показатели ЛАДср в зависимости от состояния ФВД

Показатель	Нарушение ФВД		t
	отсутствует (n = 31)	имеется (n = 57)	
ЛАДср/покой	$14,20 \pm 0,57$	$16,14 \pm 0,43$	2,71
ЛАДср/фн	$17,90 \pm 0,80$	$20,90 \pm 0,61$	2,97

Корреляционный анализ величины ЛАДср при физической нагрузке выявил большую отрицательную связь рестриктивных нарушений, чем обструктивных ($r = -0,34$ и $r = -0,23$, соответственно).

Из 37 продолжающих работать мужчин у 16-ти ЛАДср при физической нагрузке было выше 20,0 мм рт. ст. (в среднем, $22,37 \pm 0,49$). При этом, у одного из них ЛАДср выше 20,0 мм рт. ст. выявлялась уже в покое.

ВЫВОДЫ

При развитии профессиональной пылевой патологии органов дыхания легочная гипертония развивается на начальных ее стадиях, что должно приниматься во внимание при решении вопросов дальнейшей профессиональной трудоспособности и определении сроков начала реабилитационных мероприятий.

Определение величины ЛАДср с использованием функциональной нагрузки должно быть обязательным при диагностике пылевой патологии легких.

Причиной развития легочной гипертонии является повышение сопротивления в сосудах малого круга кровообращения.

В противоположность хроническим заболеваниям легких у населения, особенностью пылевой патологии органов дыхания у шахтеров, при возникновении легочной гипертонии, является преобладающая роль рестриктивных нарушений над обструктивными, что связано, вероятно, с фиброгенным эффектом пыли шахт и рудников.

Выявленные факты раннего развития легочной гипертонии при пылевой патологии органов дыхания и ограниченные возможности неинвазивного метода в оценке состояния гемодинамики малого круга кровообращения указывают на необходимость использования инвазивных (как наиболее достоверных) методов исследования для решения обрисовавшейся проблемы легочной гипертонии при пылевой патологии органов дыхания.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания. – Постановление МТ и социального развития РФ от 18 июля 2001 г. № 56.
2. Кулемзин, А.В. Оценка компенсаторных резервов сократительной функции миокарда у больных хронической ишемической болезнью сердца с помощью антиортостатической нагрузочной пробы /Кулемзин А.В.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1990. – 20 с.
3. Макаридзе, О.В. Влияние орто- и антиортостатической пробы на фазы сердечного цикла левого и правого желудочков у здоровых лиц и больных ишемической болезнью сердца /Макаридзе О.В. //Кардиология. – 2000. – № 7. – С. 22-26.
4. Неинвазивная предоперационная оценка функции правого желудочка у больных митральными пороками сердца /Солда-тенко М.В., Дудко В.А., Соколов А.А. и др. //Кардиология. – 2001. – № 2. – С. 15-19.
5. Волкова, Л.И. Легочная гипертензия при хроническом бронхите (патофизиология, диагностика, лечение и профилактика) /Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.Н. – Томск, 1992. – 198 с.
6. Зинченко, В.А. Гемодинамика малого круга кровообращения, вентиляция и газообмен у больных с хроническим бронхитом в условиях покоя и велоэргометрии /Зинченко В.А.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1997. – 32 с.
7. Kitabatake, A. Noninvasive evaluation of pulmonary hypertension by a pulsed Doppler technique /Kitabatake A., Inoue M., Asao M. //Circulation. – 1983. – Vol. 68. – P. 302-309.
8. Бобылева, З.Д. Комплексная количественная оценка функции правого желудочка: возможности эхокардиографии /Бобылева З.Д., Денисов Р.Е., Хейнонен И.М., Антюфьев В.Ф. //Тер. архив. – 1998. – № 8. – С. 79-81.
9. Функциональная диагностика нарушения бронхиальной проходимости на основе комплексного анализа показателей спирометрии у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких: Метод. реком. – Новосибирск, 1996. – 28 с.





В.В. БЕДИН, М.В. КРАСНОВА, Н.С. ХАНЧЕНКОВ
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
ГУ Кузбасское региональное отделение ФСС РФ
г. Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДОЛЕЧИВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И УДАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

В последние десятилетия во всем мире наблюдается тенденция к снижению частоты оперативного лечения по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) и желудка. Пациенты практически не оперируются по таким показаниям, как «длительно незаживающая» или «часто рецидивирующая» язва. Это связано с появлением средств, эффективно снижающих секрецию соляной кислоты, таких как блокаторы H₂-гистамино-рецепторов второго и третьего поколения и ингибиторы протонной помпы, а также с установлением роли *Helicobacter Pylori* в развитии язвенной болезни и проведении соответствующей антибактериальной терапии.

Однако частота осложнений, требующих экстренной хирургической помощи, таких как перфорация язвы, кровотечения из язвенного дефекта остается прежней. Таким пациентам проводится или резекция желудка, или ушивание дефекта (чаще), при наличии условий, ваготомия стволовая или селективная.

В отделении общей хирургии ГКБ № 3 ежегодно проводится около 30 операций по поводу перфоративной язвы, около 10 операций по поводу язвенных кровотечений, которые невозможно остановить эндоскопическим способом, и только 10-15 плановых операций, обычно по поводу стенозов выходного отдела желудка.

В отличие от язвенной болезни, желчно-каменная болезнь получает все большее распространение во всем мире. Наш регион не является исключением. Это связано, в основном, с характером питания: употребление большого количества жиров, рафинированных углеводов, недостаточного количества клетчатки.

Наиболее частая причина образования желчных камней — нарушение соотношения «холестерин/желчные кислоты» в пользу холестерина.

Дополнительные факторы риска желчно-каменной болезни — женский пол, ожирение, а также быстрое снижение массы тела у людей, страдающих ожирением.

Наиболее широко эпидемиологические исследования желчно-каменной болезни проводились в США. Известно, что 20 млн. американцев страдают желчно-каменной болезнью, в этой

стране ежегодно выполняются более 500 тысяч холецистэктомий.

В хирургическом отделении областного гепатологического центра ежегодно выполняются, в среднем, 600 лапароскопических холецистэктомий и около 50 полостных операций. В последние годы лапароскопическая техника и мастерство хирургов позволяют проводить лапароскопические операции даже в случаях осложнений желчно-каменной болезни, при остром холецистите, водянке желчного пузыря, холедохолитиазе, стенозе папиллы.

За 2003 год в хирургических отделениях лечебно-профилактических учреждений Кемеровской области проведено 956 операций по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 2308 холецистэктомий, в том числе, более 1,5 тысяч операций эндоскопическим методом.

После выполнения холецистэктомии большинство пациентов полностью излечиваются от желчно-каменной болезни. Однако у части пациентов могут образовываться камни в желчных протоках, может развиваться стеноз папиллы, особенно у пациентов с предшествующими частыми желчными коликами. У части пациентов после холецистэктомии на первый план выходят другие заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта, чаще всего хронический панкреатит, по поводу которого больные нередко нуждаются в лечении, вплоть до стационарного.

Таким образом, очевидно, что часть пациентов после операции холецистэктомии нуждаются в долечивании. В первую очередь, это пациенты с осложненными формами желчно-каменной болезни и сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта — хроническим панкреатитом, нарушением дуоденальной проходимости и т.д.

Особенно нуждаются в долечивании пациенты, перенесшие оперативное лечение по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — наиболее тяжелый контингент среди всех «язвенников».

С целью профилактики послеоперационных осложнений, более полного восстановления здоровья больных, быстрого возвращения их к



труду и уменьшения инвалидности, необходимо проводить их лечение по системе «хирургический стационар — специализированное гастроэнтерологическое отделение санатория».

В связи с актуальностью проблемы долечивания таких больных, Министерство здравоохранения РФ и Фонд социального страхования РФ, совместным приказом от 14.09.2001 г. № 190/355 «О долечивании больных в условиях санатория», утвердили «Инструкцию по медицинскому отбору больных после операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и удаления желчного пузыря, направляемых на долечивание в специализированные санатории (отделения)» и «Порядок направления работников на долечивание непосредственно после стационарного лечения в специализированные санатории (отделения)».

В целях его реализации, Департамент охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области и Государственное учреждение Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации, совместным приказом № 159/173 от 21-27.06.2002 г., утвердили «Перечень лечебно-профилактических учреждений, которым предоставлено право отбора больных и выдачи путевок на долечивание в специализированное отделение Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования РФ «Топаз» после операции по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и удаления желчного пузыря».

В ФГУ Центре реабилитации ФСС РФ «Топаз» открыто специализированное гастроэнтерологическое отделение для долечивания таких больных (застрахованных) непосредственно из стационара. Наличие природной минеральной воды (скважина № 3151) послужило веским аргументом в его пользу.

Аналитические исследования минеральной воды проведены в испытательной лаборатории природных лечебных ресурсов Томского НИИ курортологии и физиотерапии. В соответствии с критериями оценки минеральных вод, установленными Министерством здравоохранения РФ, подземная вода скважины № 3151, по минерализации и содержанию органических веществ, рассматривается как разновидность минеральных питьевых лечебных вод XXXVIII группы карбонатных магниевых, с высоким содержанием органических веществ. Клинические исследования лечебного действия минеральной воды при ее питьевом приеме у больных с патологией органов пищеварения показали, что вода

оказывает противовоспалительное действие на поверхностные слои эпителия пищеварительного тракта, улучшает работу сфинктерного аппарата гепатобилиарной системы.

Другим высокоэффективным природным фактором, используемым при долечивании больных в Центре реабилитации «Топаз», является сульфидно-иловая грязь курорта «Озеро Учум».

Важную роль в долечивании таких больных играет диетическое питание. За годы работы с больными, пострадавшими на производстве в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, в Центре реабилитации «Топаз» накоплен большой опыт приготовления диетических блюд. Этому способствовало наличие современного технологического оборудования на пищеблоке, высокая профессиональная квалификация поваров и своевременное обеспечение столовой качественными продуктами питания в достаточном ассортименте.

Для обеспечения комплексного, эффективного долечивания больных в ФГУ Центре реабилитации «Топаз» имеется оснащенное современным медицинским оборудованием физиотерапевтическое отделение, отделения грязелечения, водолечения. В лечении больных широко используются лечебная физкультура, медицинский массаж. В осуществлении контроля за эффективностью и качеством лечения применяют лабораторные и функциональные методы исследования.

На 2004 год в бюджете Фонда социального страхования РФ предусмотрены средства на приобретение путевок для долечивания больных (застрахованных) непосредственно из стационаров, после операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и удаления желчного пузыря, в условиях специализированных гастроэнтерологических отделений санаториев.

Обеспечить своевременно и в полном объеме долечивание этой категории больных можно только совместными усилиями врачей лечебно-профилактических учреждений ДООЗН АКО, ФГУ Центра реабилитации ФСС РФ «Топаз» и ГУ КРО ФСС РФ.

Согласно заявке Департамента охраны здоровья населения АКО, по путевкам, оплаченным за счет средств социального страхования, в специализированном гастроэнтерологическом отделении мощностью 30 коек Центра реабилитации «Топаз» в 2004 году пройдут долечивание после операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и удаления желчного пузыря около 535 человек.





ОГЛАВЛЕНИЕ

Н.С. Ханченков ФЕДЕРАЛЬНОМУ ГОСУДАРСТВЕННОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ ЦЕНТРУ РЕАБИЛИТАЦИИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «ТОПАЗ» 25 ЛЕТ	5
Н.С. Ханченков, Е.А. Шебалина, Т.В. Кузнецова ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ «ТОПАЗ»	7
Е.А. Шебалина ДЕНЬ СЕГОДНЯШНИЙ И БУДУЩЕЕ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ «ТОПАЗ»	19
К.Г. Громов, Н.С. Ханченков, В.А. Черно МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ШАХТНОЙ ПАТОЛОГИИ, ТРАВМАТИЗМА И РЕАБИЛИТАЦИИ ШАХТЕРОВ	23
Н.А. Щаднева ЗДРАВНИЦА ПОД ИМЕНЕМ «ТОПАЗ» СЛУЖИТ БЛАГОРОДНОМУ ДЕЛУ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЛЮДЕЙ	27
СОСТАВ КООРДИНАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОВЕТА ПРИ ФГУ ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ФСС РФ «ТОПАЗ»	34
В.А. Семенихин, В.В. Агаджанян, И.М. Гайфулина, Г.Н. Анохина, Л.Н. Положенцева РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ: МЕТОДОЛОГИЯ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ	35
В.В. Разумов, И.М. Качаева, О.В. Матвеева К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАБОТНИКАМИ, ПОДВЕРГАЮЩИМИСЯ ПОВЫШЕННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ШУМА	38
Н.С. Ханченков, Т.В. Кузнецова, Н.В. Иванов ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ТРАВМИРОВАННЫХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕННОЙ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ	41
Т.Н. Рихтер РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ И КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМ	47
В.В. Агаджанян, А.А. Пронских, А.Ю. Милюков, Е.А. Шебалина ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ТРАВМАМИ	51
Г.К. Додонова, В.Г. Баянова, Г.В. Кирилкина О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	54
Т.П. Тюменева РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	57
В.В. Захаренков, О.В. Матвеева, В.В. Разумов, Л.В. Цай О НЕСОВЕРШЕНСТВЕ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ РАБОТУ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	60



А.Л. Ханин, Н.И. Кравченко, Н.С. Верещагина РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ПРОФИЛАКТИКА ПЫЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ БРОНХОВ У ШАХТЕРОВ	63
Л.И. Соколенко НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	68
И.К. Галеев, А.Л. Кричевский, Н.А. Гребенкина ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ КАТАСТРОФАХ В УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СПАСАТЕЛЕЙ, РЕАБИЛИТАЦИЯ КОТОРЫХ ВОЗМОЖНА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЕВ КУЗБАССА	71
Т.Ю. Смирнова, Г.А. Саркисян, С.Н. Синьков НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» В ЧАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	74
В.В. Разумов, В.А. Зинченко ПРИЧИНЫ ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЫЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И НЕСВОЕВРЕМЕННОСТИ НАЧАЛА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ	79
М.А. Каратаева, Н.Э. Шпилева ПРАКТИКА РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» В ЧАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ	82
В.В. Разумов, Н.А. Шацких, В.А. Зинченко, Г.М. Шевцова, Л.Я. Ройзен, Н.И. Павлова, Н.В. Федосеева, О.В. Горячева О РАННЕМ НАРУШЕНИИ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЫЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ	85
В.В. Бедин, М.В. Краснова, Н.С. Ханченков АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДОЛЕЧИВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И УДАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	89

