

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616–084

С.С. Бичев, Е.Д. Фломен

НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

АФ–НИИ медицины труда и экологии человека ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Ангарск)

В статье проанализированы некоторые причины, приводящие к низкой эффективности результатов периодических медицинских осмотров. На примере крупного промышленного предприятия показано, что следствием плохой организации и проведения периодического медицинского осмотра является рост профессиональной заболеваемости. Предложен ряд организационных мероприятий, направленных на улучшение качества периодических медицинских осмотров.

Ключевые слова: периодический медицинский осмотр, эффективность, муниципальные органы здравоохранения, профцентр

SOME CASES OF LOW EFFICIENCY OF PERIODICAL MEDICAL EXAMINATIONS

S.S. Bichev, E.D. Flomen

Angarsk branch of Research institute of occupational medicine and human ecology of SE SC ME ESSC SB RAMS, Angarsk

Some causes leading to low efficiency of the periodical medical examination results have been analysed in this paper. The growth of the occupational morbidity rate has been found to be the consequence of poor organization and performing the periodical medical examinations as indicated on an example of a large industrial enterprise. A number of the organization measures leading to the quality improvement of the periodical medical examinations have been offered.

Key words: periodical medical examinations, efficiency, Municipal Public Health Organs, occupational Centre

Конечной целью приоритетного национального проекта «Здоровье» является сохранение и укрепление здоровья, улучшение качества жизни, увеличение трудового долголетия работающих и, как следствие, увеличение внутреннего валового продукта. Выполнению этих задач служат и периодические медицинские осмотры (ПМО).

Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197 – ФЗ (ст. 213) [5] устанавливает, что работники, занятые на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, проходят за счет средств работодателя обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (для лиц в возрасте до 21 года – ежегодные) медицинские осмотры (обследования).

Для того чтобы было легче представлять эффективность ПМО, необходимо вспомнить цель, которую он преследует. Согласно приказам МЗ МП РФ № 90 от 14.03.1996 года и МЗ и СР РФ № 83 от 16.08.2004 года [1, 3], целью ПМО является динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, своевременное выявление начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных

производственных факторов на состояние здоровья работников, формирование групп риска, выявление общих заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов; своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников [4].

Согласно вышеупомянутому приказу МЗ и СР РФ № 83 от 16 августа 2004 года [3], предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников проводятся медицинскими организациями, имеющими лицензию на указанный вид деятельности.

Кто и как на практике проводит ПМО и достигает ли поставленной цели? Нами проанализированы на одном из предприятий области результаты ПМО за шесть последних лет. Поскольку ошибки и недостатки ПМО являются типичными для большинства других предприятий и районов области, место расположения и название предприятия в данной статье не приводятся.

Муниципальные органы здравоохранения, на территории которых располагается указанное предприятие, до сих пор не имеют лицензию на

право проведения периодических медицинских осмотров и определение профпригодности из-за отсутствия оборудования и врачей соответствующих специальностей. Поэтому ПМО проводились различными медицинскими учреждениями с других территорий, в том числе в 2008 году – бригадой специалистов областного центра профпатологии, действующего на базе НИИ МТ и ЭЧ (г. Ангарск) (согласно требованиям приказов МЗ и МП РФ № 90 от 14.03.1996 г. и приказа МЗ и СР РФ № 83 от 16.08.2004 г.) [1, 3].

Отсутствие лицензий у муниципального учреждения здравоохранения не только делает невозможным проведение им ПМО, но и приводит к тому, что теряется преемственность между местным органом здравоохранения и специалистами, проводящими ПМО, по дальнейшему обследованию, лечению, проведению профилактических и оздоровительных мероприятий по результатам осмотра. Это делает практически невозможным выполнение медицинских мероприятий, прописанных в заключительном акте по ПМО. Исключение составляет акт профцентра, где все лица, имеющие подозрение на профессиональное заболевание, обследуются в профцентре, а с начальными признаками профессионального заболевания консультируются через один год. В результате за все пять лет нет ни одного акта о выполнении рекомендаций комиссии по заключительным актам ПМО.

К недостаткам относится и отсутствие в заключительных актах сведений об имеющихся вредностях на рабочих местах и проведенных исследованиях и консультациях. Так, не проводилась аудиометрия у рабочих, имеющих контакт с шумом на рабочем месте; у женщин не проводилось цитологическое исследование мазков; не проведен анализ на копропорфирины и аминолевулиновую кислоту у работников, контактирующих со свинцом; работающие в условиях повышенной температуры не осматривались дерматологом и т.д. Сами акты составлены небрежно, с множеством нарушений, в том числе и грубых, например, наряду с фамилией полностью указаны диагнозы заболеваний, выявленных на медицинских осмотрах. В ходе ПМО,

проводившегося профцентром, все обследования и консультации, которые необходимо осуществлять, согласно регламенту приказа МЗ и МП РФ № 90 от 14 марта 1996 года [1], проведены полностью.

Неполное обследование и осмотр не всеми специалистами при проведении ПМО связаны с тем, что даже в медицинских учреждениях, которые имеют лицензию на проведение ПМО, отсутствует оборудование, нет врачей некоторых специальностей. Это делает невозможным проведение обследований в объеме, предусмотренном приказом МЗ и МП РФ № 90 от 14 марта 1996 года [1], и достижение цели ПМО.

Результатом такой работы является то, что в течение четырех лет с 2003 по 2007 годы не выявлено ни одного случая заболевания с подозрением на профессиональный характер и ни одного случая ранних и начальных признаков как профессиональной, так и общесоматической патологии. Наглядным примером может служить то, что в 2004 году выявлено всего 16 человек с общесоматической патологией из 429 осмотренных, а в 2005 году из 474 человек такие заболевания выявлены у 13 человек, причем в 12 случаях речь идет об артериальной гипертензии. В 2008 году, когда ПМО проводился специалистами клиники НИИ МТ и ЭЧ, только терапевтом при осмотре 364 человек выявлено 122 человека с терапевтической патологией. В остальные годы также определялось незначительное количество рабочих с патологией, что, на наш взгляд, не отражало истинную картину состояния здоровья рабочих этого предприятия (табл. 1).

У авторов статьи нет сведений о прохождении обучения по профессиональной патологии членами медицинских комиссий, но выдача лицензий на проведение медицинских осмотров предусматривает это обучение для всех членов медицинской комиссии. По результатам ПМО за четыре года, с 2004 по 2007 год, все рабочие, проходившие ПМО, допущены к работе во вредных и опасных условиях труда без каких-либо ограничений.

Итогом неполного и неквалифицированного проведения медицинских осмотров с 2004 по 2007 гг. стало то, что в 2008 году при проведении ПМО

Таблица 1
Результаты периодических медицинских осмотров работников промышленного предприятия

Год	Кол-во осмотренных	Выявлено случаев							
		Соматических заболеваний		Профессиональных заболеваний		Начальные признаки профессиональных заболеваний		Всего: начальные признаки и профессиональные заболевания	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2004	429	16	3,7	0	0	0	0	0	0
2005	474	13	2,7	0	0	0	0	0	0
2006	424	148	35,1	0	0	0	0	0	0
2007	339	138	40,7	0	0	0	0	0	0
2008	364	122*	33,5	26	7,1	54	14,8	70	19,2

Примечание: * – выявлено только терапевтом, без учета других специалистов.

бригадой специалистов клиники НИИ МТ и ЭЧ выявлено 26 работников, имеющих подозрение на профессиональное заболевание, 54 человека имеют начальные признаки профессиональной патологии, они допущены к работе на один год, и им рекомендовано проведение повторной консультации профпатолога через год. У 15 человек, стаж которых во вредных и опасных условиях труда составляет более 5 лет, вопрос о профпригодности может быть решён только после стационарного обследования в условиях центра профпатологии, 10 человек допущены к работе с ограничениями и с исключением некоторых вредных и опасных факторов. В связи с отсутствием преемственности между местными органами здравоохранения и учреждением, которое проводит ПМО, невозможно выявить лиц, у которых заболевание устанавливается впервые или повторно, и поэтому своевременно не проводится необходимое лечение и дообследование.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Плохо организованный и некачественно проведенный ПМО приводит в дальнейшем к резкому и значительному росту профессиональных заболеваний. Несвоевременная и плохая диагностика заболеваний, отсутствие адекватной терапии больных с выявленными заболеваниями ведет к снижению продолжительности жизни, к увеличению количества инвалидов и, как результат этого, к снижению трудовых ресурсов региона [2].

Для качественного проведения ПМО в медицинском учреждении требуется оснащение всем необходимым медицинским оборудованием, полная комплектация врачебными кадрами, которые прошли обучение по профессиональной патологии.

Необходимо организовывать комиссии для проведения ПМО на уровне муниципальных учреждений здравоохранения, согласно Приказу МЗ и МП РФ № 90 от 14 марта 1996 г. и Приказу № 83 МЗ и СР РФ от 16 августа 2004 г. [1, 3]. Только это позволит в последующем выполнить предписания

заключительного акта ПМО (кроме случаев проведения ПМО силами профцентра, предусмотренных Приказом № 83 МЗ и СР РФ от 16 августа 2004 г.) [3]. Нужен контроль за качеством проведения периодических медицинских осмотров, который должен осуществляться как на этапе подготовки к ПМО, так и во время его проведения и особенно при принятии заключительного акта по результатам ПМО. При этом контроль на всех этапах должен проводиться ФС РОСПОТРЕБНАДЗОРа и территориальным центром профпатологии. Во время проведения ПМО такой контроль должен осуществляться главными специалистами медицинских служб области, которые участвуют в лицензировании медицинских учреждений, или их представителями.

Полномочия органов по контролю качества проведения ПМО, ответственность работодателя и медицинского учреждения, проводящего ПМО, должны быть полностью подкреплены законодательной базой.

ЛИТЕРАТУРА

1. О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии: Приказ Минздравмедпрома РФ от 14 марта 1996 г. — № 90.
2. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: ФЗ РФ от 30.03.99 г. — № 52-ФЗ.
3. Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований): Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 августа 2004 г. — № 83.
4. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан: 22.07.93 г.
5. Трудовой кодекс РФ: 30 декабря 2001 г. № 197 — ФЗ. — С. 213.

Н.В. Ефимова¹, О.Ю. Катульская¹, А.И. Бодрых²

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

¹АФ–НИИ медицины труда и экологии человека ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Ангарск)

²Управление Роспотребнадзора по Иркутской области (Иркутск)

При исследованиях на связанной выборке установлено, что в условиях многолетнего высокого загрязнения атмосферного воздуха у детей происходит ослабление состояния повышенной неспецифической сопротивляемости. Реализация социально-гигиенического мониторинга позволяет получать интегральную оценку здоровья школьников и влияния на него неблагоприятных факторов окружающей среды, выявлять причинно-следственные связи и разрабатывать управленческие решения в области охраны здоровья детей и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Ключевые слова: социально-гигиенический мониторинг, здоровье детей и подростков, профилактический осмотр

THE MONITORING FEATURES OF CHILDREN'S AND TEENAGERS' HEALTH IN SYSTEM OF SOCIAL-HYGIENIC MONITORING

N.V. Efimova¹, O.Yu. Katul'skaya¹, A.I. Bodrykh²

¹Angarsk branch of Research institute of occupational medicine and human ecology of SE SC ME ESSC
SB RAMS, Angarsk

²Consumer Supervision Board in Irkutsk Region, Russia

Weakening of the state of the increased non-specific resistance was found to occur in children under conditions of long lasting high pollution of atmospheric air, it has been revealed in the studies based on a related sample. The realization of social-hygienic monitoring allows to get an integral health assessment of schoolchildren and influence of the unfavourable environmental factors on it as well as to reveal the causative-sequential correlations and to develop the managing decisions in the field of children's health protection and providing the sanitary-epidemiological well-being.

Key words: social-hygienic monitoring, health of children and teenagers, preventive medical examination

В настоящее время мониторинг состояния здоровья детей и подростков осуществляется в системе нескольких ведомств (здравоохранения, образования). Причем мониторируемые показатели отражают как безвозвратные и восполнимые потери здоровья (смертность, инвалидность, впервые выявленная и общая заболеваемость, распространенность нарушений отдельных органов и систем), так и показатели собственно здоровья (физическое и нервно-психическое развитие, функциональные возможности). Весьма трудоемким подходом, но особенно эффективным в отношении выявления и оценки распространенности хронической патологии, является медицинский осмотр [1]. В соответствии с действующими нормативно-методическими документами, массовыми профилактическими медицинскими осмотрами должны быть охвачены дети в возрасте от 3 до 18 лет в дошкольных и общеобразовательных учреждениях общего и коррекционного типа, интернатных учреждениях, в учебных учреждениях профессионального образования. Организация наблюдения состояния здоровья детского населения должна осуществляться отделением организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях детских амбулаторно-поликлинических учреждений.

Комплексный профилактический медицинский осмотр детей, посещающих образова-

тельное учреждение, проводится педиатром и врачами-специалистами: хирургом/ортопедом, неврологом, офтальмологом, отоларингологом, стоматологом, логопедом (для дошкольников), детским гинекологом или урологом-андрологом. Кроме осмотра врачами-специалистами, детям проводят лабораторно-инструментальное обследование, регламентированного соответствующими приказами МЗ РФ: № 186/272 от 30.06.92, № 60 от 14.03.95, № 151 от 07.05.98, № 154 от 05.05.99, № 241 от 03.07.2000.

Для того чтобы судить о динамике состояния здоровья ребенка в процессе онтогенеза, каждый ребенок за период с 3 до 18 лет должен быть осмотрен врачами-специалистами при профилактических осмотрах 10 раз. В связи с этим установлена следующая периодичность комплексных профилактических осмотров:

- в 3 года (или при поступлении в дошкольное учреждение);
- за год до поступления в школу (в 5–6 лет);
- перед поступлением в школу (в 6–7 лет);
- в конце обучения в первом классе (в 7–8 лет);
- в конце обучения в третьем классе (в 9–10 лет, препубертатный период);
- в пятом классе (в 11–12 лет при переходе к предметному обучению, в начале пубертатного периода);

- в седьмом классе (в 13 – 14 лет);
- в девятом классе (в 15 – 16 лет);
- в десятом классе (в 16 – 17 лет);
- в одиннадцатом классе (в 17 – 18 лет).

Наряду с комплексными профилактическими медицинскими осмотрами, в те возрастные периоды, когда они не проводятся, 1 раз в год осуществляется программа доврачебного скрининг-тестирования и обязательный профилактический осмотр детей врачом-педиатром, работающим в образовательном учреждении.

Профилактические осмотры лучше организовать во второй половине учебного года, приблизительно в одно и то же время.

Профилактические осмотры проводятся в 3 этапа.

I этап является доврачебным. Он осуществляется на основе программы скрининг-тестирования медицинской сестрой и включает в себя анкетное тестирование, антропометрические измерения и лабораторное обследование, в которое входят общий анализ крови, мочи и кала на наличие глистной инвазии. Врачебный осмотр педиатром и специалистами является II этапом профилактического осмотра. Специализированный осмотр врачами-специалистами проводится по показаниям в условиях детской поликлиники или стационара и является III этапом.

По результатам проведенного профилактического осмотра дается заключение, которое включает в себя окончательный диагноз, оценку физического, нервно-психического развития. Кроме этого, устанавливается группа здоровья, в соответствии с которой даются рекомендации по режиму дня и питанию, дальнейшему наблюдению и, если это необходимо, рекомендации по лечению ребенка.

Как известно, мониторинг состояния здоровья, в частности детского населения, включает в себя оценку показателей физического развития (рост, масса тела, иногда – динамометрия), функционального состояния сердечно-сосудистой системы (однократное измерение САД, ДАД, ЧСС), и в лучшем случае – осмотр узких специалистов. В то же время существующие в настоящее время принципы и методы проведения медицинских осмотров не всегда объективно отражают истинное положение дел. Зачастую не учитываются региональные особенности, а именно в случаях, когда характерная для данной территории патология не берется на учет при мониторинге показателей.

Проведенные нами исследования касались оценки возможности влияния атмосферного загрязнения г. Ангарска на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы детей. Своевременность такого рода исследований диктуется уже тем обстоятельством, что патология сердечно-сосудистой системы является одной из ведущих причин смертности населения. Наиболее часто обсуждаемые факторы риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца составляют лишь около 50 % всех причин возникновения этой патологии. Следует иметь в виду, что даже

при относительно небольшом вкладе загрязнения окружающей среды в развитие указанной патологии, его устранение может значительно улучшить здоровье населения в силу широкого распространения названных болезней.

Изучение особенностей состояния здоровья населения промышленных городов позволило предположить, что рост заболеваний сердечно-сосудистой системы может быть связан с высокими уровнями загрязнения окружающей среды (Mindell I.I., 2000).

Проведенные нами исследования на связной выборке позволили установить, что в условиях многолетнего высокого загрязнения атмосферного воздуха, характерного для г. Ангарска, с возрастом у детей происходит ослабление состояния повышенной неспецифической сопротивляемости, о чем свидетельствует сохранение высокой заболеваемости (в т.ч. болезнями органов дыхания), увеличение доли детей с нарушениями сердечно-сосудистой системы, показателей физического развития и гемодинамики.

Таким образом, результаты исследований показывают, что загрязнение атмосферного воздуха г. Ангарска приводит к росту неблагоприятных изменений в состоянии сердечно-сосудистой системы детей и увеличению их заболеваемости.

Учитывая полученные результаты, органам здравоохранения, образования на региональном уровне стоит обратить внимание на проблему профилактики, а значит и диагностики приоритетных форм заболеваний, в частности сердечно-сосудистой системы. Решение данной проблемы заключается, в том числе, во внедрении в медицинские осмотры функциональных проб, внедрении более современных и прогрессивных методов обработки полученных результатов. Особое внимание следует уделять группе обследованных, у которых состояние функционального напряжения регистрируется в погодовой динамике. Такие лица должны находиться под диспансерным наблюдением с обязательными консультациями врачей (невролога, эндокринолога).

Во всех видах общеобразовательных учреждений необходимо организовать комплексное оздоровление детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, с включением его в структуру психолого-педагогической коррекции.

Основными принципами организации и проведения профилактических и оздоровительных мероприятий в образовательных учреждениях должны являться:

- комплексность использования профилактических и оздоровительных технологий с учетом состояния здоровья учащихся, структуры учебного года, экологических и климатических условий и др.;
- непрерывность проведения профилактических и оздоровительных мероприятий;
- максимальный охват программой всех нуждающихся в оздоровлении учащихся и воспитанников;

– определение у каждого ребенка индивидуальных медицинских показаний и противопоказаний к проведению конкретной оздоровительной технологии;

– интеграция (по возможности) программы профилактики и оздоровления в учебный процесс образовательного учреждения;

– преимущественное использование немедикаментозных средств оздоровления;

– использование простых и доступных технологий;

– формирование положительной мотивации у учащихся, медицинского персонала и педагогов к проведению профилактических и оздоровительных мероприятий;

– повышение эффективности профилактических мероприятий за счет соблюдения в образовательном учреждении санитарных правил, регламентирующих требования к архитектурно-планировочным решениям и оборудованию учреждений, воздушно-тепловому режиму, естественному и искусственному освещению, водоснабжению, режиму учебного процесса, санитарному состоянию учреждения, организации питания учащихся.

В программу профилактики и оздоровления детей в образовательных учреждениях должны включаться следующие разделы:

1. Профилактика возникновения нарушений опорно-двигательного аппарата и оздоровление обучающихся и воспитанников.

2. Профилактика утомления и нарушений нервно-психического здоровья у обучающихся и воспитанников.

3. Оздоровление детей и подростков, перенесших острые респираторные вирусные заболевания.

4. Организация рационального питания для профилактики нарушений обмена веществ и оздоровления обучающихся и воспитанников.

5. Оздоровление детей и подростков с избыточной и низкой массой тела.

6. Профилактика возникновения нарушений зрения и оздоровление учащихся с миопией.

7. Оптимизация двигательной активности детей и подростков.

8. Профилактика кариеса и других стоматологических заболеваний.

9. Организация вакцинопрофилактики.

10. Формирование здорового образа жизни детей и подростков, гигиеническое обучение и воспитание.

11. Составление рекомендаций родителям по оздоровлению детей и подростков в домашних условиях.

Предложенная система не требует для своей реализации капитальных финансовых вложений, однако предполагает наличие необходимого медицинского оборудования, укомплектованности учреждения медицинскими работниками согласно штатному расписанию, а также соответствующую подготовку медицинских работников и педагогов по вопросам профилактики, оздоровления и соблюдения санитарно-гигиенических требований к условиям обучения. Наибольшая эффективность при использовании профилактических и оздоровительных программ наблюдается при систематическом проведении их, начиная с детских дошкольных учреждений.

Проведение социально-гигиенического мониторинга позволяет получать интегральную оценку здоровья школьников и влияния на него неблагоприятных факторов окружающей среды, выявлять причинно-следственные связи и разрабатывать управленческие решения в области охраны здоровья детей и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Максимова Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья детей / Т.М. Максимова // Здравоохранение Российской Федерации. — 2003. — № 2. — С. 43–47.