



Т. В. БАРАНОВСКАЯ, Л. К. ПЕРШАЙ

ПОДХОДЫ К ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Обобщен опыт работы Республиканского центра профессиональной патологии и аллергологии по организации медицинского обслуживания работающих во вредных и/или опасных условиях труда, а также выполняющих виды работ, для которых обязательны медосмотры при поступлении на работу и регулярные (периодические) для работающих. Проанализированы диагностические возможности при проведении периодических медосмотров и причины их низкой эффективности, неудовлетворительная и формальная организация профилактики профессиональных заболеваний и реабилитации больных, отсутствие четких правовых подходов к оценке трудоспособности и компенсационных выплат при профессиональных заболеваниях. Предложены возможности и решения указанных проблем.

Ключевые слова: экспертиза трудоспособности при профессиональных заболеваниях, компенсации за вред, причиненный здоровью, степень утраты профессиональной трудоспособности, профилактика профессиональных заболеваний, программы реабилитации.

В Республике Беларусь, как и в большинстве стран мира, законодательство предусматривает ответственность работодателей за обеспечение безопасности условий и методов труда, а также за лечение, реабилитацию и выплату компенсации работающим, получившим производственные травмы и профессиональные заболевания (ПЗ).

Указ Президента Республики Беларусь «О страховой деятельности» от 25.08.2006 № 530 определяет порядок возмещения вреда здоровью, причиненного на производстве, а также предусматривает создание условий для сохранения здоровья и возможности для его восстановления у пострадавших [1]. Отсутствие на работе из-за болезни дорого обходится обществу даже в тех случаях, когда его причина напрямую не связана с производством. В свя-

зи с этим разрабатываются все более полные программы охраны здоровья сотрудников, а в ряде стран — и членов их семей.

На заседании комиссии экспертов ВОЗ в 1987 г. было объявлено, что создание условий для сохранения здоровья рабочих является важнейшей задачей отраслевой медицины. Заинтересованность работодателя в создании программ профилактики и реабилитации здоровья работающих вызвана не только стремлением предотвратить потери производительности труда в связи с невыходом на работу по болезни, но и сократить суммы выплачиваемых медицинских платежей [2, 3].

Сложившаяся система экспертизы трудоспособности в Республике Беларусь при первичной диагностике ПЗ предусматривает запрещение продолжения работы в условиях воздействия вызвавшего заболевание производственного фактора и соответствующие компенсационные выплаты за вред, причиненный здоровью. Размер выплат соответствует степени утраты профессиональной трудоспособности, определяемой МРЭК при ежегодном освидетельствовании и пожизненно (бессрочно) — по достижении пострадавшими пенсионного возраста [4, 5]. Такой подход — главный лозунг вторичной профилактики — предупредить прогрессирование ПЗ, его осложнений и наступление стойкой утраты или дальнейшего снижения трудоспособности.

Между тем ПЗ имеют особенности течения и прогноза. Большинство из них, как правило, обратимы. Исключение воздействия этиологического фактора дает положительные результаты: регресс патологической симптоматики, уменьшение частоты обострений или полное выздоровление, то есть является залогом высокого реабилитационного потенциала. Это в первую очередь касается таких ПЗ, как хронические и острые интоксикации, заболевания органов дыхания от воздействия ряда химических веществ, аллергические заболевания, вибрационная болезнь, патология скелетно-мышечной системы от физического перенапряжения. Можно сказать, что использование знаний и возможностей профпатологии позволяет реально управлять здоровьем населения, что в меньшей мере под силу другим медицинским спе-

циальностям. При полноценной и своевременной социальной и профессиональной реабилитации можно добиться сохранения качества жизни и восстановления трудоспособности. Для достижения этих результатов возможно:

- временное по ВКК или постоянное по решению МРЭК трудоустройство с исключением воздействия вредных производственных факторов;

- переобучение и/или необходимая рационализация рабочего места;

- компенсации пострадавшему всех расходов на лечение и восстановление трудоспособности.

На практике же меры не приводят к желаемому результату.

Сложился определенный алгоритм в тактике службы профпатологии по вопросу экспертизы трудоспособности при ПЗ: стремление к ранней диагностике ПЗ со своевременным трудоустройством (обязательно рациональным, поскольку общая трудоспособность в большинстве случаев сохранена, в наличии квалификация, специальность и пр.). Работа же по социальной и профессиональной реабилитации и возвращению к труду выполняется крайне вяло и неэффективно.

Причины этого кроются в следующем: существующая нормативная база позволяет получать компенсационные выплаты больным с ПЗ без ограничения срока, то есть пожизненно. Это не способствует формированию у них мотивации к труду, восстановлению социального статуса (табл. 1). Важно «заработать» ПЗ к пенсионному возрасту и далее получать «добавку к пенсии» — доплату в соответствии со степенью утраты профессиональной трудоспособности, определяемой МРЭК. Таким образом, врачи профпатологи работают в условиях, когда:

- работающие во вредных условиях стремятся скрыть неблагополучие в состоянии здоровья («дотянуть до пенсии») и продолжить работу в своей профессии, как правило, высоко-

- оплачиваемой, сохранить льготы, предоставляемые за работу во вредных условиях. Это легко удается, поскольку при отсутствии жалоб на здоровье, сокрытии анамнестических сведений об имеющихся или перенесенных заболеваниях, нередко — отсутствии обращений за медицинской помощью, заподозрить начальные проявления многих ПЗ во время медицинского осмотра (МО) врачу крайне затруднительно;

- наличие приобретенной к этому возрасту патологии различных органов и систем, маскирующей или имитирующей ПЗ, усложняет как установление диагноза ПЗ, так и проведение экспертизы связи заболевания с профессией;

- работники заинтересованы «оформить» ПЗ в предпенсионном возрасте с целью получения на всю оставшуюся жизнь компенсации за вред, причиненный здоровью («получить вторую пенсию»). Это является причиной поздней диагностики профессиональной патологии, формирующейся на протяжении всей профессиональной деятельности, ее прогрессирования, развития осложнений и необратимых изменений в системах и органах.

О какой своевременной и ранней диагностике, профилактике и реабилитации может идти речь в таких случаях?

При поздней диагностике упускается возможность проведения как своевременной профилактики нарушения здоровья, так и реабилитации заболевших. К тому же мнимое благополучие в статистике профессиональной заболеваемости не стимулирует нанимателя улучшить условия труда, создать адекватные рабочие места для пострадавших (обычная практика — трудоустройство со снижением квалификации, разряда и пр.).

В табл. 1 приведены данные освидетельствований на МРЭК работников из Минска и Минской области, представляющих самую многочисленную группу больных с ПЗ в республике. Так, доля признанных инвалидами при первичном освидетельствовании на МРЭК по

Таблица 1

Результаты освидетельствования пациентов с ПЗ по данным МРЭК Минска и Минской области

Регион	Число освидетельствованных		Освидетельствовано с установлением группы инвалидности, % от общего числа			
	2012 г.	2013 г.	2012 г.		2013 г.	
			первично	повторно	первично	повторно
Минск	152	161	5,9	17,1	5,6	23,0
Минская область	76	105	—	26,3	1,9	21,9

Минску в 2013 г. составила 5,9%, повторно освидетельствованных — 17,1%. Такая же закономерность характерна и для Минской области. Прирост числа пациентов с признаками инвалидности при повторном освидетельствовании, уже трудоустроенных вне воздействия вредных факторов, свидетельствует о прогрессировании ПЗ при их несвоевременной диагностике. Таким образом, число инвалидов при повторном освидетельствовании выше, чем при первичном, отмечается также увеличение этих показателей при сравнении данных за 2012 и 2013 гг.

Убедительны также результаты динамического наблюдения в Республиканском центре профессиональной патологии и аллергологии (РЦПиА) за течением ПЗ органов дыхания у пациентов, работавших на крупных промышленных предприятиях Минска и Минской области (МТЗ, МАЗ, ОАО «Беларуськалий») от момента установления ПЗ до конца 2014 г. Проанализированы истории болезни у 60 человек с установленным диагнозом «хронический бронхит» — 49 человек, «ХОБЛ» — 5, «пневмокониоз» — 6. Основные профессии: обрубщики литья и подсобные рабочие литейных цехов — 41 человек, газосварщики — 12, подземные рабочие (шахтеры) — 7.

В табл. 2 представлены результаты динамического наблюдения пациентов с ПЗ. Независимо от сроков диагностики (15—24 года стажа) болезни прогрессируют во всех группах сравнения по клиническим критериям и по экспертным оценкам, то есть реабилитация «не работает».

Видно, что доля пациентов со своевременными установленными диагнозами ПЗ (стаж 15 лет, возраст до 40 лет) составляет лишь 25% от общего числа проанализированных случаев.

Остальные продолжали работать с, вероятно, сформировавшимся заболеванием.

Признаки инвалидности при первичном освидетельствовании отсутствовали у 81,3% обследованных (дыхательная недостаточность в пределах 0—1), степень утраты профессиональной трудоспособности составляла не более 24%. В дальнейшем (2014 г.) выход на инвалидность составил 42%, степень утраты профессиональной трудоспособности — до 60% при третьей группе инвалидности и до 80% — при второй.

Компенсации за вред, причиненный здоровью вследствие ПЗ (степень утраты профессиональной трудоспособности), определяются всем пациентам с ПЗ по критерию «потеря профессии», «снижение квалификации» при отсутствии признаков инвалидности в размере не более 24%. Пациентам с признаками инвалидности степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в размере 25—100% (в зависимости от выраженности функциональных нарушений). Кроме ежемесячных денежных выплат, начисляемых в размере процента утраты профессиональной трудоспособности от среднего заработка, Белгосстрах по решению МРЭК компенсирует все затрачиваемые расходы на лечение, реабилитацию, протезирование, услуги по уходу и прочие дополнительные расходы. Из 494 освидетельствованных в Минске и Минской области в 2012—2013 гг. у 75,0% установлена только степень утраты профессиональной трудоспособности, у остальных 25% определена группа инвалидности и степень утраты профессиональной трудоспособности. В их число не вошли пациенты, освидетельствованные в предыдущие годы бессрочно. Случаи снятия диагноза ПЗ по выздоровлению единичные, динамика просле-

Таблица 2

Динамика клинических проявлений и результатов экспертизы трудоспособности пациентов с ПЗ органов дыхания

Показатель	Возраст при первичном установлении диагноза, лет			
	до 40 (n=15)	41—45 (n=16)	46—50 (n=8)	51—60 (n=21)
Средний стаж работы во вредных условиях при установлении ПЗ, лет	15,2	18,2	22,2	24,6
Длительность наблюдения в РЦПиА, лет	20,8	18,5	20,0	7,2
Наличие прогрессирования заболевания по клиническим данным, % от общего числа	53,3	50	87,5	42,8
Наличие стойкой нетрудоспособности по результатам освидетельствования на МРЭК за время наблюдения в РЦПиА, %	46,5	37,5	37,5	42,9

живается в сторону ухудшения здоровья и увеличения размера компенсационных выплат по причине ПЗ [4, 5].

Таким образом, мониторинг в виде регулярных медицинских обследований работающих при обязательных МО как инструмент в системе профилактики и реабилитации профессиональных и непрофессиональных заболеваний не дает должного результата. Такое положение дел в подходах к экспертизе трудоспособности при ПЗ не способствует формированию мотивации на восстановление здоровья и социального статуса. Возможности высокого реабилитационного потенциала, заложенного в медицинской, профессиональной и социальной реабилитации пострадавших на производстве, не реализуются.

Причины низкой эффективности реабилитации видятся в следующем:

— поздняя диагностика ПЗ (недостаточная квалификация врачей, участвующих в МО, и отсутствие мотивации к сохранению здоровья у работающих);

— по результатам МО составляется список работников, которым необходимо проведение лечебно-оздоровительных мероприятий (медицинская реабилитация) и перечень необходимых санитарно-гигиенических мер (социальная, профессиональная, немедицинская реабилитация). В ряде случаев нуждающиеся в оздоровлении и реабилитации «не доходят» в учреждение здравоохранения по месту жительства (пребывания) и не выполняют рекомендации;

— не существует действенной методологии анализа вклада производственных факторов в развитие непрофессиональных заболеваний, а значит, не предпринимаются меры по их профилактике;

— важнейшим условием успешной реабилитации является активная позиция нанимателя в предоставлении возможностей как профилактики заболеваний, так и реабилитации заболевших: модернизация производства с обеспечением безопасных условий труда и других мер защиты здоровья работающих применительно к особенностям условий труда на каждом участке работы (такие программы могут быть долгосрочными);

— существующая система компенсаций не формирует у работающих мотивацию сохранить или восстановить трудоспособность, а нацеливает их на сокрытие болезни до достижения

пенсионного возраста для получения «надбавки к пенсии».

Сложившаяся ситуация в медицинском обслуживании работников с низкой эффективностью конечного результата и высокими материальными затратами как для нанимателя, так и для здравоохранения, то есть для экономики в целом, требует пересмотра основных позиций по организации и проведению МО, а именно:

— жесткий контроль службы гигиены труда за составлением списка работающих (приложение 6 к Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих (далее — Инструкция)) [6];

— включение в комиссию по проведению МО врачей, получивших подготовку по профпатологии, и обеспечение полноценного обследования;

— выполнение задач по медицинской и немедицинской профилактике и реабилитации конкретно по каждому предприятию в соответствии с профилем производства и условиями труда, а также по результатам проведенного МО (для швейного производства, для работающих с компьютером организация рабочего места в соответствии с эргономическими требованиями, дополнительные перерывы с проведением производственной гимнастики, оздоровление в спортивных секциях и др.). Меры по профилактике и реабилитации могут быть индивидуальными и групповыми с учетом риска как профессиональных, так и непрофессиональных заболеваний (школа борьбы с курением и другие программы по здоровому образу жизни), могут включать оздоровление условий труда, автоматизацию рабочих операций, соблюдение режимов труда, ответственность за экологическую безопасность, использование средств индивидуальной защиты и др.;

— реализация программ профилактики и реабилитации на производстве возможна только при тесном взаимодействии врачей, специалистов по гигиене труда и нанимателей (практика врачебно-инженерных бригад).

Меры по профилактике и реабилитации должны стать главным итогом периодического медосмотра и «Акта периодического МО» (приложение 7 к Инструкции). Выполнение лечебно-профилактических мероприятий должно быть возложено на учреждение здравоохранения по месту работы или по месту жительства (пребывания).

В указанный Акт необходимо ввести показатели, позволяющие оценить работу по про-

филаксии и реабилитации: динамику временной и стойкой нетрудоспособности по предприятию и его подразделениям, проведенные усовершенствования технологического процесса, внедрение современных средств индивидуальной защиты и др.

Целесообразно решить вопрос о внесении изменений в нормативно-правовые акты, касающиеся компенсационных выплат за вред, причиненный здоровью в результате ПЗ:

— ввести практику одноразовых выплат при незначительном повреждении здоровья в результате ПЗ без потери общей трудоспособности (например, при нейросенсорной тугоухости от воздействия шума, когда исключение воздействия шума гарантирует отсутствие прогрессирования патологии и сохранение трудоспособности);

— отказ от пожизненных выплат для лиц пенсионного возраста: все работающие во вредных условиях заработали одинаковую пенсию, доплату должны получать те, кто продолжает работать до выхода на пенсию по возрасту, но в связи с ПЗ переведен на низкооплачиваемую работу;

— более активное применение временного перевода в безопасные условия труда с сохранением заработка для пациентов с обратимыми нарушениями здоровья;

— оплата страховщиком программы реабилитации во всех случаях ПЗ, в том числе и без утраты/снижения профессиональной трудоспособности. В настоящее время мы начинаем помогать лицам с низким реабилитационным потенциалом, в поздней стадии заболевания (только для лиц с установленной степенью утраты трудоспособности), и эффективность такой помощи крайне низкая.

ЛИТЕРАТУРА

1. О страховой деятельности [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 25 авг. 2006 г., № 530: в ред. Указа Президента Респ. Беларусь от 14.04.2014 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «Юр-спектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь.— Минск, 2014.

2. Cowell J. W. F. Роль медицинского обслуживания работников в программе профилактики [Электронный ресурс] // Энциклопедия по охране и безопасности труда. Т. 1.— Режим доступа: <http://base.safework.ru/iloenc?d&nd=857400224&prevDoc=857400224&spack=110LogLength%3D0%26LogNumDoc%3D857400020%26listid%3D01000000100%26listpos%3D4%26lsz%3D25%26nd%3D857400020%26nh%3D1%26>.— Дата доступа: 20.10.2014.

3. Kreitzman L. Охрана здоровья и оздоровление по месту работы: Англия [Электронный ресурс] // Энциклопедия по охране и безопасности труда. Т. 1.— Режим доступа: <http://base.safework.ru/iloenc?d&nd=857400224&prevDoc=857400224&spack=110LogLength%3D0%26LogNumDoc%3D857400020%26listid%3D01000000100%26listpos%3D4%26lsz%3D25%26nd%3D857400020%26nh%3D1%26>.— Дата доступа: 20.10.2014.

4. Правила определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний [Электронный ресурс]: Постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 10 окт. 2003 г., № 1299: ред. постановления Совета Министров Респ. Беларусь от 10 янв. 2012 г., № 31 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «Юрспектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь.— Минск, 2014.

5. Об утверждении положения о порядке оплаты дополнительных расходов, связанных с повреждением здоровья застрахованного, по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Совета Министров Республики Беларусь и признании утратившими силу некоторых Постановлений Совета Министров Республики Беларусь и их отдельных положений [Электронный ресурс]: Постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 30 июня 2014 г., № 637 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «Юрспектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь.— Минск, 2014.

6. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2011 № 47 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

Поступила 28.12.14.

APPROACHES TO EXPERTISE OF WORKING CAPACITY AND ASPECTS OF REHABILITATING PATIENTS WITH OCCUPATION RELATED DISEASES

T. V. Baranovskaya, L. K. Pershay

The experience of the Republican Center for Occupational Medicine and Allergy associated with organizing medical care of persons working in harmful and/or dangerous working conditions as well as physician's examining workers regularly or when admitted to work is summarized. The diagnostic value of regular medical examinations is analyzed and the causes of their low efficacy, unsatisfactory and formal organization of the occupational diseases prevention and patient's rehabilitation, lack of clear legal approaches to the disability estimation and of compensations for the harm to health caused by occupational diseases are discussed. Possible solutions are offered for the above mentioned problems.

Key words: expertise of working capacity under occupational diseases, compensation for the harm to health, occupational disability degree, occupational disease prevention, program of rehabilitation for occupational diseases.

Адрес для корреспонденции:

Барановская Татьяна Васильевна.

Белорусская медицинская академия последипломного образования. 220096, г. Минск, ул. Уборевича, 72; сл. тел. (8-017) 340-00-92.



В. Ф. ЕРЕМИН

ВИРУС ГЕПАТИТА С: СОВРЕМЕННЫЕ СВЕДЕНИЯ

РНПЦ эпидемиологии и микробиологии
Минздрава Республики Беларусь

Представлены современные данные по этиологии и эпидемиологии гепатита С, об особенностях течения сочетанной инфекции вирусом гепатита С (ВГС) и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Приводятся сведения о путях передачи ВГС, основных группах риска инфицирования, влиянии генотипов данного вируса на течение заболевания, характеристика диагностических тест-систем для иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции.

Ключевые слова: ВГС-инфекция, этиология, группы риска, пути передачи, сочетанная инфекция ВГС+ВИЧ, лабораторная диагностика.

По данным ВОЗ, 130—150 млн человек в мире инфицированы вирусом гепатита С (ВГС), из них примерно 350 000 ежегодно умирают от болезней печени. Учитывая скрытый характер течения заболевания, высокий (до 80%) уровень хронизации, а также отсутствие в настоящее время вакцины против ВГС, ожидается дальнейшее увеличение числа случаев ВГС-инфекции во всем мире [1]. По оценочным данным, примерно 3% населения в мире инфицированы ВГС, с высоким уровнем распространенности (более 3,5%) в Центральной и Восточной Азии, Северной Африке и Среднем Востоке и с умеренным уровнем распространенности в Южной и Юго-Восточной Азии, Субсахарной Африке, Центральной и Южной Америке, Австралии и в Европе [2]. В развитых странах инфицирование ВГС основной популяции, как правило, не превышает 3%, например, 0,6% в Германии, 1,1% во Франции, 1,3% в США, 1,5—3% в Японии [3]. Однако для некоторых стран или отдельных регионов характерна более высокая частота инфицирования основной популяции, которая может превышать 10%. Так, в Египте этот показатель достигает 15—20% [4].

В Республике Беларусь после незначительного сокращения количества диагностированных случаев хронического вирусного гепатита С в 2009 г. и 2010 г. (21,93 и 19,24 на 100 000 населения соответственно) наблюдался подъем за-

болеваемости хроническим ВГС в 2011 г. и 2012 г. (22,05 и 29,11 случаев на 100 000 населения соответственно, или более 2200 и 2700 случаев в абсолютных цифрах). Учитывая то, что стоимость курса лечения пациента с хроническим гепатитом С колеблется от 7000 до 16 000 долларов США, проблема вирусного гепатита С выходит за рамки медицины и становится медико-социальной проблемой, требующей как внедрения новых схем лечения, так и, в первую очередь, новых подходов, направленных на профилактику распространения ВГС.

Открытие ВГС. В течение многих лет считалось, что вирусы гепатитов А и В являются основными этиологическими агентами, вызывающими поражение печени, включая случаи посттрансфузионных гепатитов. Однако даже после введения в практику превентивных и диагностических методов в отношении известных вирусов гепатита, случаи заболевания, связанные с переливанием крови, продолжали встречаться и их обозначали как ни А, ни В гепатиты. Было очевидно, что этиологическим агентом ни А, ни В гепатитов является некий еще неустановленный вирусный агент. В 1989 г. группа американских исследователей под руководством М. Хоутона из плазмы шимпанзе с хроническим гепатитом выделила и затем клонировала участок генома неизвестного до сих пор вируса, названного вирусом гепатита С [5]. Более того, эта же группа ученых впервые разработала иммуноферментную тест-систему на основе рекомбинантного ВГС-антигена, экспрессируемого в клетках дрожжей [6]. Данные открытия позволили диагностировать ВГС-инфекцию на основе обнаружения анти-ВГС антител, а полученные результаты определили важность нового заболевания для здравоохранения во всем мире. Ретроспективный анализ исследований образцов плазмы крови доноров и реципиентов, собранных в середине 60-х — начале 70-х годов прошлого столетия в США, показал, что почти 25% реципиентов плазмы крови были инфицированы ВГС [7]. Исследования, проведенные в Японии и Италии в конце 80-х — начале 90-х годов XX века, позволили установить, что 80% пациентов с посттрансфузионным гепатитом ни А, ни В являлись носителями антител к ВГС, а в США эта цифра составила 58% [6]. Таким образом, к началу