

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Кучма Владислав Ремирович (*Kuchma V.R.*),
дир. НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков,
зам дир. ФГАУ Национальный НПЦ здоровья детей Минз-
драва России, член-корр. РАН, д-р мед. наук, проф. Email:
kuchmavt@gmail.

Шубочкина Евгения Ивановна (*Shubochkina E.I.*),
зав. лаб. гигиены профобучения, труда подростков и профо-
риентации НИИ гигиены и охраны здоровья детей и под-
ростков ФГАУ Национальный НПЦ здоровья детей Минз-
драва России, д-р мед. наук. Email: adlabhyg@yandex.ru.

Ибрагимова Евгения Михайловна (*Ibragimova E.M.*),
ст. науч. сотр. лаб. гигиены профобучения, труда подрост-
ков и профориентации НИИ гигиены и охраны здоровья

детей и подростков ФГАУ Национальный НПЦ здоровья
детей Минздрава России, канд. мед. наук. Email: genevtan@
gmail.com.

Молдованов Владимир Валерьевич (*Moldovanov V.V.*),
гл. врач Филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии
в городе Москве» в Юго-Восточном округе, канд. мед. на-
ук. Email: mvv7373@mail.ru.

Иванов Виктор Юрьевич (*Ivanov V.Yu.*),
ст. науч. сотр. лаб. гигиены профобучения, труда подрост-
ков и профориентации НИИ гигиены и охраны здоровья
детей и подростков ФГАУ Национальный НПЦ здоровья
детей Минздрава России, канд. мед. наук. Email: viktor_
ivanov_08@mail.ru.

УДК 614.2:31

Дордина С.Г.¹, Евлашко Ю.П.², Марсагшвили М.А.¹, Машинский А.А.¹

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ЭТАП ВСЕОБЩЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

¹ ООО «Региональный Центр профилактической медицины» (ООО «РЦПМ»), ул. Большая Тульская, 56, Москва, Россия, 115191

² ГБОУ ДПО «Российская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, ул. Баррикадная, 2/1, Москва, Россия, 125993

Раннее выявление основных неинфекционных заболеваний, ведущих к инвалидизации и смертности трудоспособного населения — основная задача профилактических медицинских осмотров. Авторы подчеркивают важность качества медосмотра, лишённого формального подхода, с участием опытных специалистов. Результаты профосмотра становятся объективным основанием для дальнейшей диспансеризации по месту жительства.

Ключевые слова: профилактика неинфекционных заболеваний; сердечно-сосудистые заболевания; диспансеризация взрослого населения; периодические медицинские осмотры (ПМО); приказ 302н

Dordina S.G.¹, Evlashko Yu.P.², Marsagishvili M.A.¹, Mashinskiy A.A.¹ **PERIODIC MEDICAL EXAMINATIONS AS AN EFFECTIVE STAGE OF TOTAL PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION OF POPULATION.**

¹Russian Academy of Continuing Vocational Education, 56, Bol'shaya Tul'skaya str., Moscow, Russia, 115191; ²Regional Center of Preventive Medicine, LLC, 2/1, Barrikadnaya str., Moscow, Russia, 125993

Early diagnosis of main non-infectious diseases leading to disablement and mortality among able-bodied population is a main goal of prophylactic medical examinations. The authors stress importance of the examination quality, absence of formal approach, with participation of experienced specialists. Results of the examination are objective grounds for further examination by local specialists.

Key words: prevention of non-infectious; cardiovascular diseases; examination of adult population; periodic medical examinations; order 302n

В свете реализации глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих, разработанной государственной Концепции сохранения здоровья работающего населения России на период до 2020 г., ряда масштабных проектов и программ здравоохранения, определена стратегия профилактики неинфекционных заболеваний [5,9].

Частыми причинами смерти среди неинфекционных заболеваний являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), онкологические заболевания и болезни органов дыхания. Основной причиной смертности и инвалидности населения индустриально развитых стран являются ССЗ. В Европе ССЗ приводят к 4,3 млн смертей ежегодно, что составляет 48% в структу-

ре общей смертности. В России уровень смертности населения трудоспособного возраста превышает в 4,5 раза аналогичные показатели Евросоюза. За последние 10 лет отмечается рост заболеваемости лиц молодого и зрелого возраста: у 70% трудового населения выявляются признаки серьезной патологии [5]. Первое место по частоте причин инвалидности людей среднего и пожилого возраста занимает острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и транзиторные ишемические атаки (ТИА), поэтому профилактика ОНМК имеет не только жизненное, но и важнейшее социальное значение. Ежегодно в России регистрируется около 400 тыс. инсультов, среди которых большинство ишемического типа, в основном непосредственно связанного с нарушенным липидным обменом [3,6]. Профилактика данной патологии, включая лекарственные и нелекарственные методы, основана на коррекции многих факторов риска: курения, повышенного индекса массы тела (ИМТ), злоупотребления алкоголем, неконтролируемой артериальной гипертензии, атеросклероза, гиперхолестеринемии (ГХС), сахарного диабета (СД) и гиподинамии.

Общеизвестно, что и профессиональные факторы способствуют усугублению или развитию непрофессиональной патологии. Так, например, проведенные исследования показали, что летчики, авиадиспетчеры, диспетчеры и машинисты железнодорожного транспорта, водители производственного транспорта, руководители госпредприятий, испытывающие постоянную моральную ответственность и нервное напряжение за служебные обязанности, чаще подвержены ССЗ и ТИА [2,7,8,10]. По оценке ВОЗ, депрессия к 2020 г. будет второй по значимости причиной инвалидизации и смертности населения Земли после ИБС.

Возвращаясь к ССЗ, необходимо подчеркнуть, что АГ в документах ВОЗ представлена, как ведущая независимая причина смертности во всем мире, это значимая причина инвалидности и смерти лиц трудоспособного возраста [12]. Тяжесть клинических проявлений определяется не только повышением АД, но и поражением органов-мишеней, в частности — формированием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), т. к. ремоделирование миокарда рассматривается как самостоятельная патология. ГЛЖ более значима в отношении повышения смертности, чем возраст, пол, наличие сахарного диабета, индекса массы тела, уровня АД и липидов [11,13].

В последние несколько десятилетий происходят быстрые изменения в общей структуре заболеваемости и смертности населения, что отчасти связано со старением населения, огромным потоком информации, глобальными переменами в общественной жизни. Все эти факторы ведут к росту хронических неинфекционных заболеваний. В настоящее время никто не сомневается в необходимости всеобщей диспансеризации взрослого населения страны, что подтверждается регламентирующими документами на государственном уровне (9). Для уменьшения частоты развития

заболеваний и их осложнений надо более интенсивно выявлять лиц без доказанного заболевания, но которые будут отнесены к группам высокого риска при наличии усугубляющих факторов (конституционально-генетические, бытовые и профессиональные, различные интоксикации). Наиболее соответствующим и правильным решением этой задачи является, несомненно, проведение периодических (и предварительных при поступлении на работу) профилактических медицинских осмотров (ПМО). Академик РАН Н.Ф. Измеров на XIII Всероссийском Конгрессе «Профессия и здоровье» подчеркнул, что «важным механизмом сохранения и укрепления здоровья работающего населения являются обязательные медицинские осмотры...» [4]. По мнению директора ГНИЦ профилактической медицины, проф. С.А. Бойцова, «Профилактические осмотры это гораздо более краткая по объему программа, но, тем не менее, процедура профилактического консультирования в ней представлена в полном объеме» [1].

Организация ПМО медцентром является динамическим процессом, который постоянно требует определенного усовершенствования. За одну рабочую смену проводится обследование пациентов всеми требуемыми специалистами разного профиля (терапевтом, хирургом, оториноларингологом, офтальмологом, неврологом, психиатром, наркологом, дерматологом, гинекологом, профпатологом) с проведением лабораторных исследований (общеклинических анализов крови, мочи, анализа глюкозы, холестерина), цифровой флюорографии, функциональных проб для выявления нарушений нейрососудистой регуляции, ФВД, ЭКГ, исследования состояния вестибулярного аппарата, аудиометрии, динамометрии. Такие анализы, как исследование на дельта-аминолевулиновую кислоту, копропорфирины и ретикулоциты, цитология мазков, проводятся в клиничко-диагностических лабораториях на основе многолетних договоров. По просьбе трудового коллектива руководители предприятий заказывают дополнительные медицинские услуги: УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы и молочных желез. За 5–6 час. отпущенного времени одна врачебная бригада проводит полный медосмотр 45–50 человек. Время обследования у каждого специалиста составляет в среднем 9–12 мин., а обязательное участие двух терапевтов позволяет наряду с осмотром выявить у обследуемого основные факторы риска и степень их выраженности, оценить суммарный кардиоваскулярный риск. На каждого обследуемого оформляется медицинская карта (форма N–25/у–04) с отражением профессионального маршрута, трудового стажа и всех имеющихся производственных факторов по приказу 302н от 12.04. 2011 г. При впервые проводимом ПМО на любом предприятии каждый специалист производит заполнение соответствующей страницы в медкарте с подробным сбором анамнеза и углубленного отражения статуса. Такое требование при последующих ПМО (через год) и при обязательной приемствен-

ности позволяет сокращать время на сбор анамнеза, объективно отражать динамику в состоянии здоровья. Сбор данных проводится во время предварительного, первичного и повторных периодических медосмотров с регистрацией АД, ЧСС, ИМТ, интенсивности курения и употребления алкоголя. Проводится опрос с целью выявления в семейном анамнезе ССЗ, перенесенных острого инфаркта миокарда (ОИМ) или ОНМК в возрасте моложе 55 лет, наличия онкологической патологии или СД; проводится тестирование для определения психоэмоционального стресса и оценка физической активности. Выясняется наличие в анамнезе ассоциированных с АГ заболеваний: ИБС, постинфарктного кардиосклероза, ТИА (транзиторных ишемических атак), перемежающей хромоты; сопутствующих: ХОБЛ, полиостеоартроза, варикозной болезни, наличия вертебробазилярной недостаточности. По результатам медосмотра лица с вновь выявленной патологией направляются для углубленного обследования. Например, выявление ГЛЖ у направленных пациентов на ЭХО-КГ составляет примерно 57–61%. Такой результат ЭХО-признаков ГЛЖ объясняется повышением ЭДС миокарда ЛЖ за счет повышения метаболических процессов в миокарде на фоне симпатикотонии и повышения чувствительности миокарда к катехоламинам. Зафиксированы случаи, когда при нормальной ЭКГ на ЭХО-КГ оказывалась гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП). При оценке риска АГ учитывалось, что примерно 20% всех случаев АГ (превышающей на медосмотре целевые уровни), является «гипертензией белого халата». Мы считаем обязательным направление на дополнительное исследование брахиоцефальных артерий, если выявляется систолический шум, проводящийся на сосуды шеи, над одной из сонных артерий, даже при отсутствии жалоб и симптомов нарушения мозгового кровообращения. Такую настороженность вызывает общеизвестная частота ИБС у больных со стенозом сонных артерий с последующим развитием дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП). В процессе медосмотра пациентов знакомят с информационным материалом о вреде курения и злоупотребления алкоголем, об основах правильного питания, уровнях физической нагрузки, обучают правильному измерению артериального давления, рекомендуют целесообразность обучения в школах «диабета» и «гипертонической болезни».

При выявлении заметной частоты признаков воздействия производственных факторов на работников предприятия, после завершения ПМО, проводится заседание врачебно-инженерной бригады (ВИБ), на котором разбирается каждый случай с анализом условий труда, дальнейшей профпригодности и возможностью рационального трудоустройства. Кроме членов медкомиссии, в состав ВИБ со стороны предприятия входят инженеры отдела охраны труда, начальник отдела кадров, начальники цехов (участков с вредными условиями труда) и заведующий здравпунктом. Составляется протокол проведенного заседания, который прилага-

ется к заключительному акту ПМО. Заключительный диагноз в медкарте оформляется с соблюдением следующих принципов:

1. Основной диагноз (нозологическая форма по МКБ: тип, стадия, активность, тяжесть, функциональная недостаточность), фоновые заболевания, сопутствующая патология с учетом их последовательности, взаимозависимости.

2. Связь заболевания с профессией (заболевание непрофессиональное или подозрение на профессиональную этиологию).

3. Медицинские рекомендации. Итоговым документом медосмотра для пациента является заполненный паспорт здоровья, в котором отражены результаты обследования и необходимые рекомендации.

В случае подозрения на профпатологию заполняется заключение с направлением в соответствующий Центр профпатологии (МО или Москвы).

Анализ проведения профилактических медицинских осмотров (ПМО) охватывает период с 2008 по 2015 г. Все ПМО проводятся в соответствии с действующими приказом Минздравсоцразвития (№302н от 12 апреля 2011 г.) на базе лицензированного медицинского центра с соблюдением требований СанПиН 2.1.3.1375–03. Выездные ПМО осуществляются только с одобрения районного Роспотребнадзора на базе медицинских учреждений (медсанчасти, лечебного профилактория, здравпункта). Количество обследованных работников за 8 лет составило около 8 тысяч, из них 54% женщин. Ежегодно мы охватываем медосмотрами в среднем 150–200 предприятий. Около 60% всех предприятий сотрудничают с нами более 4 лет, 20% — 8 лет. Такие цифры свидетельствуют о желании заказчиков не расторгать связи с нашим медицинским центром (несмотря на возрастающую конкуренцию), отсутствию жалоб со стороны трудовых коллективов на качество медосмотра. Возраст осматриваемых работников колеблется от 18 до 82 лет. В среднем, лица молодого возраста (до 41 года) составили 24%, старше 60 лет — 17,4%, от 41 до 60 лет — 58,6%. На одном из старейших научно-производственных объединений Подмосковья было констатируемо и выражено «старение» основного научного коллектива: 76% составили работники в возрасте от 41 до 60 лет, а молодые специалисты (до 41 года) — всего 5 %. Лица, имеющие подтвержденную неинфекционную патологию, на всех предприятиях, где преобладал молодой возраст, составляли не более 44% от общего числа осматриваемых. В то же время, в научно-производственных коллективах, где часто преобладают работники пожилого возраста, такой показатель варьирует от 80% и выше. При анализе соотношения нозологических форм общеклинической патологии на первое место выходят ССЗ (от 20 до 46% в общей структуре всех неинфекционных заболеваний), на второе — заболевания опорно-двигательного аппарата, включая патологию суставно-связочного аппарата позвоночника (от 9 до 19%), на третьем — патология ЛОР-органов,

органов зрения, анемии (от 6 до 13%), далее — нарушение углеводного обмена, ожирение, патология щитовидной железы и венозной системы (от 2,5 до 4%).

Одним из показателей качества ПМО является количество впервые выявленных заболеваний (ВВЗ), что хорошо прослеживается на тех предприятиях, с которыми мы сотрудничаем более 5–6 лет. Например, в первые годы проведенных ПМО, количество ВВЗ в большинстве предприятий варьировало от 8 до 15% по отношению к общему числу выявленных нозологических форм неинфекционной патологии. Среди ВВЗ преобладали сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе, достигая 45–47% общего числа ВВЗ, далее по частоте следуют ССЗ — 30–27% и анемии (преимущественно у женщин) — 14–16%. На этих же предприятиях в 2014–2015 гг. идентичный показатель сократился в 4–5 раз. Как показала практика, ежегодный контроль выполнения медицинских рекомендаций предыдущего медосмотра в тесном взаимодействии с отделом охраны труда предприятия дисциплинирует работников, побуждая мотивацию здорового образа жизни.

В разные годы число лиц с подозрением на профессиональную патологию, по данным наших ПМО, варьировало от 3 до 7 на 7–10 тыс. осмотренных, что составляет от 0,04 до 0,1%. Данные работники направляются в Центры профпатологии МО и г. Москвы. За все годы сотрудничества с МОНИКИ, ФГБНУ «НИИ МТ», ФБУН ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана не возникало отказов в проведении экспертизы на связь заболевания с профессией.

Касаясь экспертизы профпригодности, целесообразно остановиться на сложном решении некоторых вопросов. На каждом крупном промышленном предприятии имеются водители автомобилей с разными категориями управления транспортным средством (УТС), часто заказчиками ПМО являются и автотранспортные предприятия. Основное затруднение в последние годы (в период работы с приказом 302н) возникает при определении профпригодности водителей всех категорий, имеющих постоянное нарушение сердечного ритма по типу фибрилляции предсердий без признаков ИБС и гипертонической болезни, т. е. в приказе 302н от 12.04.11 г. (см. п. 27, Приложение 2) мерцательная аритмия не включена в перечень противопоказаний. В то же время известно, что возникновение тромбоэмболических осложнений может произойти внезапно, даже у находящегося под динамическим наблюдением и лечением у кардиолога.

Известно, что для водителей категории «В» наличие эндокринного заболевания без осложнений не препятствует управлению транспортным средством (УТС). Но, в некоторых случаях сахарного диабета, 2-го типа, с применением в лечении инсулина и с заключением эндокринолога об отсутствии видимых осложнений, при тщательном сборе анамнеза выявляются эпизоды выраженной гипогликемии, не исключающей развитие гипогликемической комы. Возникает

убеждение об имеющемся основании для включения в список противопоказаний (для водителей категории «В») любой формы диабета с использованием инсулина.

Вызывает затруднение и экспертиза профпригодности работников с недостаточностью венозной, сердечно-сосудистой системы и наличием миопии высокой степени по факторам ФТП (пункт 4.1, Приложение 1). Профпатолог примет правильное решение, если будут разграничены противопоказания по видам ФТП: выделить «физические перегрузки» и отдельно «другие вынужденные рабочие движения (наклоны и пр.) без физического напряжения», указать позволяемые параметры переноса грузов в единицах веса для страдающих ИБС и выраженной миопией. Будет целесообразным уточнение степени выраженности варикозного расширения вен (в п. 4.1.). На предприятиях часто встречаются инвалиды детства с глухонемой или с приобретенной глухотой, обученные в прошлом по программе профессионального трудоустройства и работающие на механическом оборудовании (п. 10, Прил. 2) более 15–25 лет. Как правило, данные профессионалы являются ценными работниками для предприятия, и как возражать работодателю в данном случае об отсутствии абсолютных показаний для переквалификации? Часто профпатолог не может дать разъяснение специалисту охраны труда по станочникам, когда со снижением параметров слуха на шепотную речь до 3 м, противопоказана данная работа. Но, как следует расценивать данное требование к станочникам (в п. 10, Прил. 2), если применение средств защиты слуха в цехе с производственным шумом (при работе нескольких станков) искусственно снижает должную остроту слуха?

И, завершая вышеизложенное, необходимо обратить внимание на то, что одним из значимых факторов риска ССЗ является низкая приверженность пациентов к лечению как к полноценному, так и к «частичному». Среди причин данной ситуации называются — высокие цены (особенно на дженерики), длительный период титрования дозы препарата, назначение нескольких препаратов одновременно, инертность врачей, частая смена лечащих врачей по объективным и субъективным причинам, незнание пациентов о рисках, связанных с поражением органов-мишеней. Больные иногда считают, что «вред от лекарства больше, чем от болезни». По данным ретроспективного анализа, 40% пациентов с впервые возникшей АГ самовольно прекращают принимать препараты после первого года с момента назначения лечения. Больше 60% больных полагают, что лечение АГ является курсовым, а не пожизненным. Более 70% считают допустимым пропуск приема лекарств, возобновляют самостоятельно лечение только при ухудшении состояния (не чаще 1–2 раз в месяц). Во время проведения ПМО приходится убеждать пациентов о целесообразности рационального здорового образа жизни (ЗОЖ), ссылаясь на извечную истину,

что «болезнь лучше предупредить, чем лечить». Несмотря на такое отношение населения к собственному здоровью, необходимо неустанно, из года в год, повторять прописные истины здорового образа жизни каждому пришедшему на медосмотр. Лицам с высоким уровнем психоэмоционального напряжения необходимо давать рекомендации по управлению стрессом, чередованию умственной деятельности с физической нагрузкой. При этом наши рекомендации на медосмотре должны быть краткими и понятными, с обязательным контролем их выполнения при следующем ПМО.

Выводы:

1. Как показывает наше многолетнее сотрудничество со многими предприятиями, ПМО — необходимое звено дальнейшей диспансеризации по месту жительства. Постоянная работа с одними и теми же трудовыми коллективами с соблюдением ежегодной преемственности по медкартам позволяет уловить начальные патологические изменения в анализах и в методах функциональной диагностики.

2. Раннее выявление начальных проявлений хронических неинфекционных заболеваний или подозрения на связь с воздействием профессиональных факторов (на этапе профилактических медосмотров) с последующим рациональным трудоустройством позволяет предупредить дальнейшее развитие патологии и его осложнений, сохранить здоровье и трудовое долголетие.

3. Соблюдение вышеизложенных принципов проведения ПМО дает основание правильно оценить риски заболеваний, необходимость диспансеризации, санаторно-курортного лечения, решить вопросы о рациональном трудоустройстве или профпригодности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (см. REFERENCES стр. 11–13)

1. Бойцов С.А. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2013. — №4. — С. 1–7.
2. Горбунов В.В. Сердечный ритм летчика — психофизиологический критерий операторской деятельности при моделировании полетных ситуаций // Мед. труда и пром. экология». — 2007. — №1. — С. 11–16.
3. Дамулин И.В., Парфенов В.А. и др. / Болезни нервной системы. Под ред. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Рук-во для врачей. В 2 т. — М.: Медицина, 2001 г.
4. Измеров Н.Ф. Обращение к участникам и гостям XIII Всероссийского Конгресса «Профессия и здоровье» // Мед. труда и пром. экология». — 2015. — №9 — С. 1–3.
5. Измеров Н.Ф., Бухтияров И.В., Прокопенко Л.В., Шиган Е.Е. Реализация глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих в Российской Федерации // Мед. труда и пром. экология. — 2015. — №9. — С. 4–10.
6. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Рук-во для врачей. Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 283 с.
7. Капцов В.А., Кузьмин В.А. Условия поездной работы машинистов и состояние основных жизнеобеспечивающих

систем. // Мед. труда и пром. экология». — 2015. — № 9. — С. 65.

8. Попов А.И., Саламатина Л.В., Прокопенко Л.В., Буганов А.А. Артериальная гипертензия и факторы риска у водителей автотранспорта на Крайнем Севере // Мед. труда и пром. экология». — 2007. — №1. — С. 16–22.

9. Приказ МЗ РФ от 03.02.2015 г №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

10. Субботина Я.К. Ранняя диагностика изменений сосудистой стенки у лиц летного состава, страдающих артериальной гипертензией // Мед. труда и пром. экология». — 2015. — №9. — С. 137.

REFERENCES

1. Boytsov S.A. // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. — 2013. — 4. — P. 1–7 (in Russian).
2. Gorbunov V.V. Heart rhythm of pilot — psychophysiological criterion of operator activity in modelling of flight situations // Industr. med. — 2007. — 1. — P. 11–16 (in Russian).
3. Damulin I.V., Parfenov V.A., et al. Nervous system diseases. In: Yakhno N.N., Shtul'man D.R., eds. Manual for doctors. 2 volumes. — Moscow: Meditsina, 2001 (in Russian).
4. Izmerov N.F. Address to participants and guests of XIII Russian Congress «Occupation and Health» // Industr. med. — 2015. — 9. — P. 1–3 (in Russian).
5. Izmerov N.F., Bukhtiyarov I.V., Prokopenko L.V., Shigan E.E. Implementation of global plan of WHO on workers' health preservation in Russian Federation // Industr. med. — 2015. — 9. — P. 4–10 (in Russian).
6. Suslina Z.A., Piradov M.A., eds. Stroke: diagnosis, treatment, prevention. Manual for doctors. — Moscow: MEDpress-inform, 2008. — 283 p. (in Russian).
7. Kaptsov V.A., Kuz'min V.A. Conditions of railway work of machine operators and state of vital body systems, 2015. — 9. — 65 p. (in Russian).
8. Popov A.I., Salamatina L.V., Prokopenko L.V., Buganov A.A. Arterial hypertension and risk factors in automobile transport drivers in Far North // Industr. med. — 2007. — 1. — P. 16–22 (in Russian).
9. RF Health Ministry Order on 03.02.2015 №36an «On approval of order for medical examination of certain groups of adult population» (in Russian).
10. Subbotina Ya.K. Early diagnosis of vascular wall changes in pilots with arterial hypertension // Industr. med. — 2015. — 9. — С. 137 (in Russian).
11. Agaliti-Rosei E., Muesan M.L. New approaches to the assessment of left ventricular hypertrophy. Ther. Adv. Cardiovascular Disease, 2007 (119–28).
12. Mancina G. et al. // J. Giptens. — 2013. — Vol. 31. — N7. — P. 1281.
13. Muesan M.L., Salvetti M. The Cordian knot linking left ventricular hypertrophy and kidney diseases // J. Hipertens. — 2010. — Nov. 28(II). — P. 218–219.

Поступила 29.02.2016

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Дордина Светлана Григорьевна (Dordina S.G.),
вр.-профпатолог ООО «РЦПМ», канд. мед. наук, доц.
E-mail: 01@rcprofmed.ru.
Евлашко Юрий Петрович (Evlashko Yu.P.),
зав. каф. пропатографии РМАПО, канд. мед. наук, доц. E-mail: niimt@niimt.ru.

Марсагшивили Манана Андреевна (Marsagishvili M.A.),
вр.-кардиолог ООО «РЦПМ», канд. мед. наук. E-mail: 02@rcprofmed.ru.
Машинский Алексей Анатольевич (Mashinskiy A.A.),
зам. гл. вр. по орг. работе ООО «РЦПМ», канд. мед. наук. E-mail: 02@rcprofmed.ru.

УДК 613.6:331.47:331.483.2

Винников Д.В.¹, Бримкулов Н.Н.¹, Красоцкий В.В.²

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СОТРУДНИКОВ ГОРНОДОБЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика, 720020

² Кумтор Голд Компани, медицинский отдел, ул. Ибраимова, 24, г. Бишкек, Кыргызская Республика, 720031

В статье приводится качественный и количественный анализ отдельных показателей эффективности предварительного и периодического медосмотра для сотрудников высокогорной горнодобывающей компании. В сравнении с государственными учреждениями, специально созданная частная медицинская клиника обеспечивает более высокое качество медосмотров по набору показателей, а также по характеру последующих обращений сотрудников за медпомощью на руднике.

Ключевые слова: медосмотр; горнодобывающая промышленность; высокогорье; вахтовый метод работы

Vinnikov D.V.¹, Brimkulov N.N.¹, Krasotsky V.V.² **COMPARATIVE ANALYSIS OF PERIODIC MEDICAL EXAMINATIONS OF MINING ENTERPRISE WORKERS.** ¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, 92, Akhunbaeva str., Bishkek, Kyrgyz Republic, 720020; ²Kumtor Gold Company, medical department, 24, Ibraimova str., Bishkek, Kyrgyz Republic, 720031

The article covers qualitative and quantitative analysis of certain parameters concerning efficiency of preliminary and periodic medical examinations for high mountain mining enterprise. In comparison with local governmental institutions, specially founded private medical clinic provides higher quality of medical examinations in certain parameters, as well as in characters of subsequent staffers' appeals for medical aid at mine.

Key words: medical examination; mining industry; high mountain, shift work

Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров сотрудников для работы в условиях высокогорного рудника Кумтор (3800–4500 м над уровнем моря) в Иссыкульской области Киргизии (Западный Тянь-Шань), включая работу в условиях отдельных вредных производств, регламентируется Постановлением Правительства Кыргызской Республики №225 от 15 мая 2011 г. [3]. Это постановление заменило собой действовавший ранее Приказ №70 Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «О проведении предварительных и периодических медицинских осмотров сотрудников» от 20 марта 2000 г. Осуществление требований данного постановления и обеспечение максимального удобства для работников было затруднительным ввиду недостаточного уровня оснащенности государственных лечебно-профиллак-

тических учреждений (ЛПУ) республики и низкого уровня подготовки персонала для раннего выявления общесоматической и профессиональной патологии. Поэтому с сентября 2004 г. руководством компании было принято решение об организации таких медосмотров в независимом частном медицинском учреждении, созданном специально для этой цели. Данное учреждение («медицинское учреждение (МУ) «Медэксперт») было укомплектовано восемью (с 2011 г. в соответствии с новым постановлением — девятью) профильными специалистами, новейшим оборудованием с ежегодным обучением персонала и ведением электронной базы данных всех медосмотров.

Программа медосмотров в данной клинике была изначально значительно расширена. Проводился анализ восьми биохимических показателей на автомати-