

УДК 61.06.07.656.6-051

ИЗМЕНЕНИЕ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ МОРЯКОВ — АКТУАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

Панов Б.В., Свирский А.А., Балабан С.В.

УкрНИИ медицины транспорта, Одесса

Одной из важнейших задач, которые стоят перед врачами, обеспечивающими медицинскую помощь работникам транспорта, является задача сохранения профессионального долголетия работника (Ю.И.Кундиев, А.М.Нагорная, 2007; В.А.Лисобей, 2005). Об актуальности этой проблемы свидетельствует Постановление №5 Заседания Ученого медицинского Совета МЗ Украины от 12.12.2007 г. “Принципы организации оптимальной модели системы здравоохранения”, в констатирующей части которого говорится о том, что обеспечение надлежащего уровня здоровья населения является приоритетной задачей любого государства. К сожалению, статистические данные свидетельствуют о том, что в последнее десятилетие продолжительность жизни граждан нашего государства сокращается и составляет у мужчин 62,2 года, а у женщин 74 года. Одним из факторов, влияющих на эту динамику можно считать качество проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работающих во вредных и опасных условиях труда. Процедура осмотра в настоящее время определена рядом нормативных документов, которые созданы уже в независимой Украине — это приказ № 246 от 21.05.2007 г. МЗ Украины “Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій”, приказ №347 от 19.11.1996 г. МЗ Украины “Про затвердження Правил визначення придатності за станом здоров’я осіб для роботи на судах” и ряд других, определяющих объемы, порядок проведения и противопоказания для водителей автотранспорта, летчиков, железнодорожников. К сожалению, лечебно-профилактические учреждения, которые в основном и осуществляют эти медицинские осмотры, не все-

гда знают содержание этих нормативных документов, а, главное, не всегда качественно и ответственно подходят к выполнению комплекса диагностических мероприятий, отражению полученных результатов в первичной медицинской документации, формированию выводов о пригодности работника к той или иной профессиональной деятельности. Результатом этого является достаточно существенное количество происшествий на рабочих местах, связанных с утратой здоровья, а в ряде случаев заканчивающихся смертью работника. В связи с этим в адрес ГП Украинский НИИ медицины транспорта вынуждены обращаться представители работодателя, профсоюзов, надзорных инстанций для получения заключения специалистов по факту происшествия с целью определения возможных причин, приведших к ухудшению здоровья работника или даже к смерти.

Наиболее часто такие заключения специалистов приходится готовить по фактам заболеваний и смерти у работников водного транспорта.

Обобщение результатов работы специалистов Украинского НИИ медицины транспорта позволяет сделать выводы о том, что практически во всех медицинских организациях, осуществляющих осмотры моряков, врачи основываются на наличии, либо отсутствии жалоб осматриваемого на состояние здоровья. Врачи терапевты не оценивают электрокардиограммы, полагаясь на то заключение, что дают в кабинете ЭКГ, не исследуют рентгенограммы (флюорограммы) легких, а хирурги редко осматривают нижние конечности пациента, если тот не жалуется на боли в ногах. Председатель комиссии, оформляя заключение о профессиональной пригодности осматриваемого, видит лишь одну фразу “годен”,

которую и повторяет в своем итоговом заключении. В то же время, как показывает практика, абсолютно здорового человека найти достаточно трудно, а дополнительное обследование моряка может позволить дать рекомендации по проведению оздоровительных мероприятий в рейсе, которые могут сохранить жизнь и определенный уровень здоровья моряку.

Для иллюстрации изложенного выше, приводим результаты экспертной оценки медицинских документов по факту смерти в рейсе капитана - багермейстера землесоса "П..."

Из представленных документов известно, что 08.07.2007 г. Я., 1962 г.р., был направлен фрахтователем судна на должность капитан-багермейстера землесоса "П..."

В связи с разрывом котракта на фрахтование судна, Я. было предложено администрацией работодателя остаться на борту судна для выполнения обязанностей капитан-багермейстера 06.08.07 работодателем был издан приказ о его назначении.

04.07.07 Я. был обследован комиссией специалистов медицинского центра "Академмарин" Одесской национальной морской академии и был признан годным к службе в качестве капитана, срок действия медицинского сертификата определен в 12 месяцев.

При этом исследование индивидуальной карты амбулаторного больного (уч.ф. № 25) Я., 1962 г.р., которая была заведена на него во время прохождения медицинского осмотра в центре "Академмарин", показало, что у обследуемого врачи выявили наличие следующих заболеваний: Ишемическая болезнь сердца: диффузный кардиосклероз, гипертоническая болезнь II ст. (по приказу МЗУ № 347 от 19.11.96 г., п.18 Прил. 5 — противопоказание к работам в рейсе!), ожирение II ст., солевой диатез. На флюорограмме № 44 от 04.07.2007:

Правый корень расширен, малоструктурен, прослеживается фиброзный

тяж от этого корня. Аорта расширена и уплотнена, гипертрофия правых и левых отделов сердца.

На ЭКГ от 04.07.07: Синусовая тахикардия (ЧСС = 122 уд в мин), резкое отклонение электрической оси сердца влево: $< \pm O^\circ$ #У QRS составляет — 30° , блокада левой передней ножки пучка Гиса. (Согласно приказу МЗ Украины № 347 от 19.11.1996г. с изменениями и дополнениями, прил. 5, п.15е — является противопоказанием для работы в рейсе!).

Анализ мочи № 77 от 04.07.07: уд. вес 2025; белок — 0,165 г/л; лейкоциты до 12 в п/зр; эпителий 3-5 в п/зр; оксалаты.

Анализ крови № 77 от 04.07.07 г.: незначительные отклонения от нормы некоторых показателей.

Анализ записей в судовом медицинском журнале, сделанных судовым врачом:

15.07.2007 г. при обращении к врачу зафиксировано артериальное давление 110/75 мм рт. ст. и частота пульса 98 уд. в мин. (тахикардия на фоне низкого артериального давления!). Диагноз: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ожирение III ст. Отмечено, что перед рейсом лечился в госпитале.

04.08.07; 12.08.07; 13.08.07; 14.08.07; 15.08.07; 17.08.07; 18.08.07; 19.08.07: воспалившаяся атерома шеи справа.

21.08.07; 22.03.07; 23.08.07; 24.08.07; 25.08.07; 26.08.07; 27.08.07; 28.08.07; 29.08.07; 30.08.07; 31.08.07; 01.09.07: Воспалившаяся атерома шеи справа, Атеросклеротический кардиосклероз, хроническая варикозная болезнь вен нижних конечностей II-III ст., атеросклероз сосудов нижних конечностей.

02.09.07; 03.09.07: Воспалившаяся атерома шеи справа, повышение температуры тела до 37°C , Атеросклеротический кардиосклероз, хроническая варикозная болезнь вен нижних конечностей II-III ст., атеросклероз сосудов нижних

конечностей.

04.09.07: на фоне вышепречисленного — двусторонний острый бронхит;

05.09.07: температура тела постепенно растет 37,5°. Получает антибактериальные препараты, осматривается врачом: ежедневно (06.09-18.09.07), при этом уже 18 сентября обостряется хронический холецистопанкреатит, колит, нарушается функция кишечника (запор) — записи от 19.09.07-28.09.07; 30.09.07-01.10.07: появляется слабость, сухость во рту, потливость (03.10.07; 04.10.07; 05.10.07; 06.10.07 — атонический запор (колит), метеоризм;

07.10.07-11.10.07, кишечник перестает работать — каловый завал; появляются признаки асцита. Ставится диагноз цирроза печени (под вопросом) 12.10.07 г.

Записи в журнале относительно перевода Я. в береговой госпиталь не представлены. Видимо в связи со списанием судового врача с борта судна в этот же период времени.

Таким образом, из приведенных выше записей в судовом медицинском журнале видно, что Я. практически через месяц после прибытия на з/с “П...” начинает болеть: развивается гнойное воспаление атеромы шеи справа. Через месяц течения этого гнойного воспаления начинается температурная реакция, расцененная врачом как ОРЗ, с последующим двусторонним бронхитом, развитием поражения кишечника. Все эти заболевания протекают на фоне целого комплекса хронических заболеваний, имевшихся у Я. еще до начала рейса - патологии сердечно-сосудистой системы, пищеварительной.

Врачом из госпиталя в Ла Плата, Аргентина, в документах указано, что у Я. в момент обследования и оказания неотложной помощи в госпитале, имели место следующие патологические изменения: Массивный выпот жидкости во все полости организма - Анасарка, нарушение функции дыхания, почечно-печеноч-

ная недостаточность, сепсис. Попытки реанимационных мероприятий результата не дали и в 18 час. 30 мин местного времени наступила смерть при явлениях острой легочно-сердечной недостаточности. Вторичной причиной смерти отмечена системная полиорганная недостаточность.

Из материалов комиссии спецрасследования данного происшествия известно, что на борту з/с “П...” в исследуемый период времени имела место очень напряженная психотравмирующая ситуация, связанная с выполнением профессиональных обязанностей капитаном (невыплаты денежного содержания, разрыв контракта с фрахтователем судна, проблемы с экипажем психофизиологического характера, вплоть до психических срывов у некоторых членов экипажа.

Следует отметить, что Я., 1962 г.р., на момент прохождения медицинского профотбора в медицинском центре “Академмарин” Одесской национальной морской академии имел медицинские противопоказания для работы в условиях рейса по следующим статьям приказа МЗ Украины № 347 от 19.11.1996 г. “Про затвердження Правил визначення придатності за станом здоров’я осіб для роботи на судах”: Приложение 5: п.15е; п.18; Прил. 8: п.1.4; п.3.9. Председателем медицинской комиссии эти противопоказания учтены не были. В медицинской карте Я. терапевтом не указана тахикардия, имевшаяся у Я. на ЭКГ, не выявлена блокада левой передней ножки пучка Гиса; хирургом не осмотрены ноги обследуемого, и, следовательно, осталась незамеченной варикозная болезнь вен.

На основании комиссионного исследования предоставленных материалов по факту смерти капитана Я., 1962 г.р., комиссия врачей-специалистов приходит к следующим выводам:

1. Я. до прохождения медицинской профотборной комиссии страдал целым комплексом хронических заболеваний — Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения, диффузный

кардиосклероз, блокада левой передней ножки пучка Гиса, гипертоническая болезнь II ст., ожирение II ст., хроническая варикозная болезнь вен нижних конечностей II -III ст., хронический холецистопанкреатит, хронический колит, солевой диатез. На момент прохождения профотбора 04.07.07 г. у Я. имелись медицинские противопоказания для работы в рейсе.

2. На ухудшение состояния здоровья Я. в период рейса мог повлиять некачественный медицинский профотбор, выраженная психоэмоциональная нагрузка в период рейса, которые спровоцировали срыв адаптации, обострение имевшихся хронических заболеваний, динамика которых привела к смерти Я.

Описанный выше случай является достаточно типичным для существующей системы медицинских осмотров моряков. Опыт работы специалистов Украинского НИИ медицины транспорта позволяет нам настоятельно рекомендовать Министерству здравоохранения Украины начать реформирование существующей системы медицинских осмотров моряков с определения ГП Украинский НИИ медицины транспорта Главным научно-медицинским экспертным центром по медосмотрам моряков (что согласуется с действующим приказом МЗ и АМН Украины № 166/32 от 08.05.2002 г. "Щодо закріплення за науково-дослідними інститутами гігієнічного профілю галузей економіки та адміністративних територій з питань гігієни праці та профпатології"), поручить ГП Украинский НИИ медицины транспорта создание Единого реестра медицинских комиссий, проводящих такие медосмотры; создание унифицированных требований к составу медицинских комиссий, квалификации врачей, оснащению; разработку единых требований к первичной документации, типовых форм этой документации. Провести подготовку к созданию Единого электронного банка данных по результатам периодических медицинских осмотров моряков, доступного для служебного пользования.

Резюме

ЗМІНА ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ МОРЯКІВ — АКТУАЛЬНА НЕОБХІДНІСТЬ

Панов Б.В., Свирский А.А., Балабан С.В

Узагальнення результатів роботи фахівців Українського НДІ медицини транспорту дозволяє зробити висновки про те, що практично у всіх медичних організаціях, що здійснюють огляди моряків, лікарі ґрунтуються на наявності, або відсутності скарг пацієнта на стан здоров'я. Але цього недостатньо. Через неякісні медогляди мали місце смертельні випадки під час рейсу. Необхідно почати реформування існуючої системи медичних оглядів моряків з визначення ДП Український НДІ медицини транспорту Головним науково-медичним експертним центром по медоглядах моряків (що узгоджується з діючим наказом МЗ і АМН України № 166/32 від 08.05.2002 р. "Щодо закріплення за науково-дослідними інститутами гігієнічного профілю галузей економіки та адміністративних територій з питань гігієни праці та профпатології"), доручити ГП Український НДІ медицини транспорту створення Єдиного реєстру медичних комісій, що проводять такі медогляди; створення уніфікованих вимог до складу медичних комісій, кваліфікації лікарів, оснащення; розробці єдиних вимог до первинної документації, типових форм цієї документації. Необхідно провести підготовку до створення Єдиного електронного банку даних за наслідками періодичних медичних оглядів моряків, доступного для службового користування.

Summary

THE EXISTING SYSTEM OF SEAMEN MEDICAL EXAMINATIONS CHANGING IS AN ACTUAL NECESSITY

Panov B.V., Svirskij A.A., Balaban S.V.

Generalization of the experts of the Ukrainian Scientific and Research Institute of medicine of transport results of work of allows to draw conclusions that practically in all medical organizations which are

carrying out surveys of seamen, doctors are based on presence, or absence of complaints examined on a state of health. But it is not enough of it. Because of poor-quality physical examinations fatal cases took place during flight. It is necessary to begin reforming of existing system of medical surveys of seamen with definition of Ukrainian of scientific research institute of medicine of transport by the Head scientific - medical expert center on physical examinations to which should charge with creation of the Uniform register of the medical boards conducting such physical

examinations; creation of the unified requirements to structure of medical boards, qualifications of doctors, to equipment; to development of uniform requirements to the primary documentation, typical forms of this documentation. It is necessary to create the Uniform electronic databank by results of periodic medical surveys of the seamen, accessible to service using.

*Впервые поступила в редакцию 17.12.2007 г.
Рекомендована к печати на заседании ученого совета НИИ медицины транспорта
(протокол № 1 от 18.01.2008 г.).*

ДК 616.89-008.454-08:616.1

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ (ОПЫТ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ)

Миронова Т.М., Букина Г.В., Панова Т.В.

*Херсонский филиал Украинского НИИ медицины транспорта
Клиническая больница Суворовского района, г. Херсон*

118

Актуальность темы

С развитием цивилизации на психо-эмоциональный фон человека влияет ряд социальных стрессовых факторов: социально-экономическая нестабильность, экологические катастрофы, локальные войны и другие макро- и микро-социальные факторы, которые приводят к росту непсихотических психических расстройств, в том числе и тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) различного нозологического уровня.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в настоящее время более чем у 110 миллионов человек (3-6%) в мире выявлены те или иные клинически значимые проявления депрессии. Проведённые эпидемиологические исследования под эгидой ВОЗ свидетельствуют, что к 2020 году ТДР будут занимать 2 место среди 10 основных общих заболеваний, которые приводят к инвалидизации населения, что соответственно повлечёт за собой огромные затраты на лечение.

Среди ТДР, связанных с соматической патологией первое место занимают ТДР ассоциированные с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Множество проведённых научных исследований доказывают связь ТДР с ИБС и АГ. Например, у 16 % пациентов, обследованных через 7 дней после ИМ, присутствуют симптомы, характерные для депрессии. Также достоверно установлено, что риск внезапной смерти в течение 6 месяцев после сердечного приступа выше в 3-6 раз у лиц в состоянии депрессии и даже умеренное её проявление являются фактором риска повышения АД. ТДР повышают частоту госпитализации пациентов с СН. К тому же, учитывая, что на фоне депрессии происходит повышение стрессовых гормонов (А, НА), отмечается нарушение сердечного ритма, повышается риск тромбообразования, ишемии сердечной мышцы, уровня холестерина в крови, что соответственно приводит к развитию атеросклероза. Повышаются цифры АД. Так же снижается эффектив-