

Комитет Госдумы РФ по охране здоровья не поддержал принятый в первом чтении Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества работы организаций, оказывающих услуги в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования».

Медучреждениям – свои критерии оценки

Как мы уже сообщали, проект этого закона, разработанный Минтрудом России, внесён в Госдуму Правительством РФ. По мысли авторов законопроекта, принятие его парламентом позволит создать систему независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги. К ним, наряду с культурой, социальными учреждениями и образованием, отнесена и медицинская помощь.

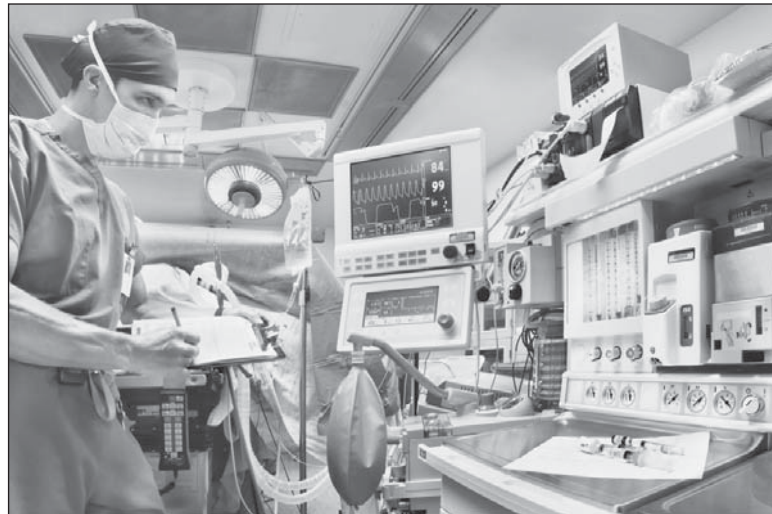
Но даже не её приравнивание к «услугам», скажем парикмахерской, смутило членов думского Комитета по охране здоровья, который дал резко отрицательное заключение на законопроект. Качество медицинских услуг не может являться предметом такого законопроекта, так как это противоречит положениям Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «требует специального образования, знаний, опыта, полномочий», справедливо посчитали в комитете. По мнению его членов, «приводимая по тексту проекта оговорка о том, что независимая оценка качества работы медицинских организаций не осуществляется в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Более того, это не имеет даже смыслового значения, поскольку данный вид контроля уже регламентирован Федеральным законом № 323-ФЗ и соответствующим решением Правительства РФ.

«Законопроект не вводит понятия «оценки качества работы медицинских организаций» и критериев такой оценки, – констатирует документ. Это приведёт, ввиду правовой неопределённости, к разночтению положений закона при его реализации. Не вводится и понятие «рейтинг». В заключение также отмечается, что «формируемые (в целях создания условий для организации проведения независимой оценки качества работы медицинских организаций) общественные советы (как можно формировать совет в целях создания условий? – К.Щ.) при федеральных, региональных и муниципальных органах власти (это и есть настоящая независимость? – К.Щ.) не только устанавливают требования к непонятно откуда появившимся организациям-операторам, про-

Острая тема

Под одну гребёнку

Законопроекту об оценке качества «медицинских услуг» дан «зелёный»



водящим работы по формированию рейтингов (правовой статус организаций-операторов не ясен, а механизм их привлечения к указанной деятельности не предложен. – К.Щ.), но и утверждают сформированные организацией-оператором рейтинги».

Критерии качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, предлагается устанавливать соответствующим федеральным органам исполнительной власти с участием общественных организаций и профессиональных сообществ, что, по мнению комитета, «мало соответствует принципам независимости». Учитывая широкую номенклатуру медицинских организаций (поликлиника, стационар, станция скорой медицинской помощи, хоспис и т.д.), комитет считает, что «нельзя устанавливать для них единые критерии оценки».

Согласно проекту, медицинские организации обязаны предоставлять «иную информацию, необходимую для расчёта значений качества работы медицинских организаций, устанавливаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». Однако какую информацию и кому (гражданам, юридическим лицам, общественному совету, организации-оператору?), а также порядок её предоставления не предложены.

«Предлагаемый законопроект не решает поставленных главой государства задач, не обеспечивает реальной независимости оценок деятельности организаций, оказывающих социальные услуги, и тем более влияния таких оценок на результаты работы», – итожит заключение.

Закон или слон в посудной лавке?

Не остановили Госдуму РФ, давшую «зелёный» законопроекту, не только заключение её Комитета по охране здоровья, но и критика участников слушаний в Общественной палате РФ.

«А судьи, собственно, кто?» – задался вопросом член Общественной палаты Сергей Ряховский, заметив, что больше всего его тревожит вопрос о том, кто конкретно будет оценивать работу перечисляемых в законопроекте организаций.

Председатель Комиссии Общественной палаты по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии, директор Научно-клинического центра оториноларингологии Минздрава России, профессор Николай Дайхес согласился, что, в отличие от Москвы и С.-Петербурга, во многих субъектах Федерации возможность общественного контроля напрямую зависит от воли губернатора. Вопрос в том, захочет ли он проявлять открытость или же будет вести политику неприступного «небожителя».

Своё возмущение тем, что законопроектом предусматривается создание «огромного количества дублирующих друг друга структур, которые будут всё контролировать, но при этом не будут ничего создавать», выразил и глава Комиссии Общественной палаты по культуре и сохранению историко-культурного наследия Павел Пожигайло. Он опасается, что из-за того, что общественные советы, осуществляющие контроль, не будут получать никакого финансирования за свою работу, они будут брать деньги с «полей»,

то есть с тех ведомств, которые призваны контролировать.

«Если бы общественные палаты всех уровней стали бы заказчиками услуг общественных советов, то есть выделяли бы им на это средства, то это стало бы готовым инструментом антикоррупционного контроля», – полагает П.Пожигайло. «Главное, чтобы этот закон не был как слон в посудной лавке, который в результате принесёт больше вреда, чем пользы», – заключил он.

В эффективности работы на добровольной основе, сформированной в законопроекте системы, выразили также сомнения член учёного совета НИУ Высшей школы экономики Борис Рудник и зампреда Комиссии Общественной палаты по социальной политике Борис Альшулер. «Общественный контроль – это настолько важное дело, что средства на осуществление мониторинговых мероприятий должны быть заложены в бюджете общественных палат всех уровней отдельной строкой», – убеждён последний.

Б.Альшулера возмутило также то, что проект закона был разработан Министерством труда и социальной защиты РФ, из-за чего в документе всё прописано так, чтобы чиновники многих мастей не были подвержены оценке. «Нельзя поручать разработку документа тем людям, в отношении которых он будет в дальнейшем применяться», – убеждён президент региональной общественной организации содействия защите прав детей «Право ребёнка».

Регионам не до рейтинга

Про необходимость принятия закона о независимой оценке качества работы организаций социальной сферы говорилось ещё в известных майских указах Президента РФ. В декабре прошлого года в своём Послании Федеральному Собранию РФ Владимир Путин настоятельно напомнил о необходимости создания такой системы. Этот механизм, по мнению главы государства, позволит увязать их финансирование с результатами деятельности, а значит, провести эффективную оптимизацию бюджетной сети.

Однако большинство субъектов Федерации не справились с задачей формирования открытой системы рейтингов поликлиник и больниц. Между тем такие рейтинги должны были, с одной стороны, дать возможность

пациентам оценивать уровень оказания медицинской помощи в конкретных медучреждениях, а с другой – открытая оценка стимулировала бы конкуренцию среди них и заставила бы их работать более качественно.

Но исследование, проведённое Фондом независимого мониторинга медицинских услуг «Здоровье», показало, что большинство субъектов Федерации вообще не стали составлять и публиковать эти рейтинги. «На сайтах 36 регионов рейтингов нет вообще – ни за 2012-й, ни за 2013-й год, – говорит директор фонда, член центрального штаба Общероссийского народного фронта Эдуард Гаврилов. – Только 9 регионов представили рейтинги удовлетворительного качества, они составлены с учётом понятных критериев оценки».

Э.Гаврилов отметил, что, несмотря на чёткие рекомендации Минздрава России о методах оценки работы медучреждений, рейтинги многих регионов основывались на собственных критериях. «Это говорит о том, – считает он, – что местные руководители здравоохранения либо несерьёзно отнеслись к поставленной задаче, либо состояние дел в подведомственных им учреждениях настолько плачевно, что об этом лучше лишний раз, по мнению региональных чиновников, не говорить».

Среди тех, кто достойно справился с задачей, директор фонда назвал С.-Петербург, республики Кабардино-Балкарскую, Татарстан, Новосибирскую область и Ставропольский край. В этих регионах рейтинги хорошо продуманы и легко доступны для пользователя, отмечают специалисты.

Итак, обещанные рейтинги так и не появились, а закон, стригущий всех – от услуг учреждений культуры до «услуг», то бишь медпомощи, медицинских организаций – под одну гребёнку, уже выходит на финишную прямую. Вскоре в него внесут поправки, и он пройдёт второе, а затем и третье чтения. Затем новый закон одобрит Совет Федерации и подпишет президент.

А «расхлёбывать» заваренную кашу придётся медикам. Что ж, им не привыкать...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКЕ: идёт подготовка к исполнению очередных «услуг»...

Профилактика

Накануне Международного дня борьбы с наркоманией в городе Видное Московской области прошла научно-практическая конференция «Актуальные вопросы профилактики наркомании», организованная Министерством здравоохранения Московской области, областным Центром медицинской профилактики, администрацией Ленинского муниципального района и Видновским центром медицинской профилактики.

Заместитель главы администрации Ленинского района, заместитель председателя районной антинаркотической комиссии Сергей Волощук отметил, что Ленинский район подвержен достаточно

Укрепляя заслон

сильному риску распространения наркотиков из-за непосредственной близости к столице, высокой плотности населения, значительному числу мигрантов. Районные показатели распространённости наркомании в 1,5 раза превышают среднеобластные.

Заместитель главного врача Московского областного наркологического диспансера Александр Дмитриев ознакомил собравшихся с эпидемиологической ситуацией по распространению наркомании

в регионе. После двухлетнего снижения показателей в 2013 г. отмечен рост общей заболеваемости до 220,8 на 100 тыс. населения (в 2012 г. – 207,1), а также первичной заболеваемости и подростковой наркомании. Общая заболеваемость токсикоманиями снизилась на 8%. Количество пролеченных больных с наркозависимостью в 2013 г. возросло на 9,6%. Эпидемиология требует значительного усиления профилактической работы как со стороны

наркологической службы, так и других ведомств и организаций, прежде всего здравоохранения и образования.

Активную антинаркотическую работу ведёт Видновский центр медицинской профилактики через печать и телевидение. Вместе с наркологами сотрудники центра проводят беседы в летних детских лагерях.

Клирик Никольского храма села Ермолино Пётр Зорин в своём выступлении сказал, что духов-

ность должна быть противовесом наркомании. Церковь помогает наркозависимым, занимается их реабилитацией, делая акцент на духовной составляющей реабилитационного процесса.

Завершая конференцию, главный специалист Центрального федерального округа РФ и Минздрава Московской области по медицинской профилактике, главный врач Московского областного центра медицинской профилактики Екатерина Иванова призвала всех к активному межведомственному сотрудничеству, усилению профилактической работы.

Евгений ДМИТРИЕВ,
врач-методист
Московского областного центра
медицинской профилактики.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 46 (1813)

Показатель профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2009 г. составил 1,79 на 10 тыс. работающих (по объектам всех форм собственности), в 2008 и 2007 гг. – 1,51 и 1,59 соответственно. При этом за 5 лет (2005-2009 гг.) в РФ зарегистрировано 7885 новых случаев профессиональных заболеваний: 6269 (79,5%) у мужчин и 1616 (20,5%) у женщин. Большую долю профессиональных заболеваний органов дыхания, прежде всего пылевые. Росту числа пылевых заболеваний лёгких способствуют вредные и неблагоприятные факторы, присутствующие в рабочей зоне: пыль, аллергены, раздражающие и токсичные вещества в виде газов, дыма, паров.

О возможности развития обструктивных заболеваний лёгких, связанных с воздействием вредных производственных факторов, известно на протяжении нескольких столетий. С развитием промышленности уже в XVI в. стали появляться специальные работы о профессиональных заболеваниях лёгких. В 1556 г. Агрикола, немецкий врач и металлург, в работе «О горном деле и металлургии» описал тяжёлые профессиональные заболевания горняков. Позже вышла книга врача и химика эпохи Возрождения Парацельса «О горной чахотке и других горных болезнях», в которой дана клиническая картина заболевания горняков, сопровождавшегося лихорадкой, одышкой, кашлем, похудением. Парацельс обратил внимание на непродолжительность жизни горняков в результате тяжёлых условий труда и частых заболеваний. Раннюю смерть Парацельса многие историки связывают с его работой на горно-металлургических предприятиях в Тироле. В XVII в. Мартин Пана опубликовал работу о болезнях горнорабочих и плавильщиков металла.

На повышенную заболеваемость обструктивными заболеваниями лёгких у рабочих текстильных фабрик Московского промышленного региона обращали внимание российские санитарные врачи Е.Дементьев и Ф.Эрисман.

При этом большинство авторов до начала XX в. рассматривали хронический бронхит как проявление пневмофиброза, а не как самостоятельное заболевание. Так, до середины XX в., когда признавалась только единственно возможная форма пневмокониоза – силикоз, возникла необходимость нозологически оценить бронхолегочную патологию от воздействия других видов пыли, кроме силикогенной. Сторонник точки зрения на пневмокониоз как только на силикоз Н.Вигдорчик полагал, что бронхолегочная патология, приписываемая «мифическим» пневмокониозом от воздействия других видов пыли, представляет собой бронхопневмонию: «если нечему сопутствовать, то есть нет кварцевой пыли, эти явления являются единственными, и сопутствующая им клиническая картина приобретает характер самостоятельной нозологической формы, хронической бронхопневмонии». Изменения бронхов при самом силикозе в виде гиперемии слизистой бронхов, её утолщения, увеличения количества секрета и его вязкости, уращения и усиления кашля трактовались им с позиций компенсаторности как реакции для увеличения зоны контакта запылённого воздуха со слизистой оболочкой и удаления пыли.

В классификацию пневмокониозов от 1958 г. хронический пылевой бронхит был уже включён как одна из его клинических форм, наряду с бронхоэктазами и эмфиземой лёгких. Позднее развитие пылевых бронхитов несиликогенной природы получило и гигиеническое обоснование в работах Б.Величковского и Б.Кацнельсона. Оно сводилось к дисперсности пыли. Крупные пылевые частицы, оседающие в дыхательных путях, рассматривались авторами как этиологический фактор пылевого несиликогенного бронхита, в отличие от силикозоопасной пыли с размерами частиц в 1-2 мкм, достигающих лёгочной паренхимы. Авторы полагали, что концентрация пыли и степень её дисперсии играют в развитии пылевого несиликогенного бронхита большую роль, чем содержание в ней двуокиси кремния. Иными словами, силикозогенность и бронхопатогенность

объяснялись ими разными, независимыми друг от друга физическими и химическими свойствами пыли кремнезёма. Вполне понятно, что такая точка зрения исключала бронхит из признаков силикоза.

В СССР в список профессиональных болезней пылевой бронхит внесён в 1970 г. В 1972 г. вышла в свет первая монография М.Евгеновой и соавт., посвящённая пылевому бронхиту. Считается, что пылевые бронхиты возникают при вдыхании преимущественно умеренно агрессивных смешанных пылей. Возможны случаи развития этого заболевания у лиц, имеющих контакт с различными, в том числе так называемыми фиброгенными (содержащими диоксид кремния) видами пыли. Постановка диагноза «хронический бронхит» основывается на таких клинических критериях, как наличие кашля и выделение мокроты не менее чем в течение 3 месяцев на

возрастом, курением, которое потенцирует действие промышленных аэрозолей, инфекциями, заболеваниями верхних дыхательных путей, генетической предрасположенностью, в том числе дефицитом $\alpha 1$ -антитрипсина, низким социально-экономическим статусом.

Пылевым частицам различного кристаллического строения и химических свойств присущи различные типы взаимодействия с поверхностью фагоцитов, то есть различная степень цитотоксичности. Однако степень цитотоксичности пыли является далеко не единственным характеристикой её патологических качеств. Ещё одним важным свойством пыли является её агрессивность. Высокая агрессивность определяется либо высокой цитотоксичностью пыли, либо её высокой концентрацией. Низкоагрессивные пыли, напротив, характеризуются либо низкой цитотоксичностью, либо низкой концентрацией. Таким образом, высокоцитотоксичные пыли в низкой концентрации могут обладать малофиброгенными свойствами и вызывать хронический пылевой бронхит. Степень цитотоксичности пыли определяет характер экзогенного выброса активных форм кислорода (АФК) фагоцитами: при контакте лейкоцита с высокоцитотоксич-

Многообразием состава и характера действия промышленных аэрозолей объяснялась возможность развития различных форм профессиональной бронхолегочной патологии, отличающихся патогенезом и клиническими проявлениями. Согласно представлениям отечественных профпатологов и Списку профессиональных заболеваний, утверждённому приказом МЗиМП РФ № 90 от 14.03.1996 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» (действовал до 1 января 2012 г.), считалось, что хронический пылевой бронхит неоднороден и может быть представлен различными формами – от простого фиброгенного до токсико-пылевого, аллергического, когда основной причиной его возникновения являются токсичные соединения и гаптены, находящиеся в производственной пыли.

Классификация профессионального бронхита

1. По этиологии в зависимости от состава и характера действующего промышленного аэрозоля:

– профессиональный пылевой бронхит от воздействия условно инертной пыли, не

обладающей токсическим и раздражающим действием;

– профессиональный токсико-пылевой бронхит от воздействия пыли, токсических, раздражающих и аллергизирующих веществ.

2. По патоморфологическим и эндоскопическим признакам:

– катаральный;
– катарально-атрофический;
– катарально-склерозирующий.
3. По клинико-функциональным данным:
– непродуктивный;
– обструктивный;
– астматический;
– эмфизематозный бронхит с трахеобронхальной дискинезией.

За рубежом долгое время к вопросу связи хронического бронхита с профессией относились скептически. В Великобритании хронический бронхит был официально включён в список профессиональных заболеваний лишь в сентябре 1993 г. В 1994 г. данное решение немедленно привело к появлению большого количества случаев (около 4 тыс.) связи бронхита с профессией. При этом параллельно в общепрактической и пульмонологической практике на протяжении XIX-XX вв. происходил поиск клинико-патогенетически оправданного термина, наиболее точно отражающего этиопатогенез при обструктивных заболеваниях лёгких. В различные периоды использовались различные термины: «хроническая неспецифическая лёгочная чахотка», «хроническая пневмония», «хронический бронхит», «хроническая интерстициальная пневмония», «хроническая обструктивная болезнь лёгких» (ХОБЛ).

В сентябре 2000 г. на очередном конгрессе Европейского респираторного общества был обнародован проект документа под названием GOLD (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease) – результат деятельности экспертов ВОЗ по проблеме ХОБЛ, неоднократно пересматриваемый в последующие годы. В соответствии с GOLD (2011) ХОБЛ в настоящее время определяется как «заболевание, характеризующееся частично необратимым ограничением воздушного потока, как правило, носит неуклонно прогрессирующий характер и вызвано аномальной воспалительной реакцией лёгочной ткани на раздражение различными патогенными частицами и газами».

Основными диагностическими критериями ХОБЛ являются:

- клинические – кашель, выделение мокроты, одышка;
- анамнестические – наличие факторов риска;
- функциональные – постбронходилатационный объём форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁) менее 80% от должного в сочетании с отношением ОФВ₁/жизненная ёмкость лёгких менее 70% (см. табл. 1).

Профессиональная хроническая обструктивная болезнь лёгких

Таблица 1

Факторы риска хронической обструктивной болезни лёгких

Факторы риска ХОБЛ	
Внешние факторы	Внутренние факторы
Курение Профессиональные вредности, в том числе контакт с кадмием и кремнием, работа в горнодобывающей и горнорудной промышленности (шахтёры, золотоискатели), работа в металлургической, машиностроительной, химической промышленности. Работа в строительстве (электрогазосварщики, каменотёсы), текстильной промышленности. Зерновое производство (работники элеваторов, зернодробильщики, мукомолы)	Дефицит $\alpha 1$ -антитрипсина
Загрязнение окружающего воздуха (SO ₂ , NO ₂ , O ₃) Низкое социально-экономическое положение Пассивное курение в детском возрасте	Недоношенность Высокий уровень IgE Бронхиальная гиперреактивность Семейный характер заболевания
Аденовирусная инфекция Дефицит витамина С	Генетическая предрасположенность (группа крови A(II), отсутствие IgA)

протяжении 2 лет при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей и лёгких. При этом хронический бронхит рассматривается как периодически обостряющийся воспалительный процесс, характеризующийся поражением бронхиального дерева диффузного характера. Потенциально опасными производствами, работа на которых способствует развитию хронического пылевого бронхита, считаются литейное производство, предприятия горнорудной, машиностроительной, строительной промышленности, сельское хозяйство и др. Потенциально опасные профессии: шахтёр, угольщик, металлург, производитель цемента, работники ткацких фабрик, зернотоков, элеваторов и др. Хронический пылевой бронхит был диагностирован у шахтёров, машиностроителей, рабочих зернового производства: мукомолов, зернодробильщиков, работников элеваторов, а также у каменотёсов, золотоискателей, работников горнодобывающей и горнорудной промышленности. Бронхитогенными факторами являются различные виды минеральной и органической пыли, с образованием которой связаны многие производственные процессы в различных отраслях промышленности и сельском хозяйстве. Например, в горнорудной, угледобывающей промышленности, при электросварочных работах, производстве строительных материалов, обработке сельскохозяйственных продуктов, на металлургических, металлообрабатывающих, машиностроительных, текстильных предприятиях.

Воздействие промышленной пыли может усугубляться другими неблагоприятными производственными факторами: микроклиматом, тяжёлым физическим трудом, неблагоприятными факторами внешней среды (гелеометеофакторы), а также

ными пылевыми частицами избыточное образование АФК наблюдается сразу, а при фагоцитозе низкоцитотоксичной пыли этот процесс развивается только в терминальном периоде жизни гипертрофированного кониофага. Эти два пути обуславливают различные механизмы удаления осевших в органах дыхания высоко- и низкоцитотоксичных пылевых частиц и неодинаковую локализацию вызываемых ими патологических изменений. Так, низкоцитотоксичные пыли (угольная и др.) удаляются главным образом внутри кониофагов по мукоцилиарному эскалатору респираторного тракта. Это обстоятельство приводит к развитию преимущественно хронического пылевого бронхита – бронхита выведения.

Фиброгенные свойства низкоцитотоксичных пылей обуславливаются не только их взаимодействием с макрофагами, но и химической активностью компонентов, вызывающих повреждение бронхолегочных структур с последующим развитием диффузного склероза. Поражение бронхов и развитие патологического процесса в них может вызывать любая минеральная пыль, а характер выявляемых при этом бронхолегочных и гистологических поражений не зависит от вида вызвавшей их пыли. Кроме того, перибронхиальный склероз при бронхите является следствием поражения бронхов, а не дальнейшим развитием интерстициального процесса.

Мы высказали предположение, что при воздействии малофиброгенных пылей в интерстициальной ткани лёгких и бронхов развивается единый патологический процесс, соответствующий понятию «пылевая болезнь лёгких» как самостоятельной нозологической единицы, отличной от пневмокониоза. Последний развивается только от воздействия высокофиброгенных пылей.

Профессиональные обструктивные заболевания лёгких, связанные с воздействием пылевых и химических аэрозолей (выдержка из приказа Минздравсоцразвития России № 417н от 27.04.2012 «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний»)

Таблица 2

Пункты приказа	Перечень заболеваний, связанных с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов	Код заболевания по МКБ-10	Наименование вредного и (или) опасного производственного фактора	Код внешней причины по МКБ-10
1	Заболевания (острые отравления, их последствия, хронические интоксикации, связанные с воздействием производственных химических факторов)			
1.16.2	Хроническая интоксикация ирритантами (проявления – хронический конъюнктивит, хронический ринит, хронический фарингит, хронический ларингит, хронический токсико-пылевой необструктивный бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма, токсический пневмосклероз, рубцовый кератит (помутнение роговицы), ирритантный токсической дерматит)	T 65.8	Химические вещества, обладающие раздражающим действием (ирританты)	Y96
1.25.2	Хроническая интоксикация оловом и его соединениями (проявления – повторные лихорадки, хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, пневмококиоз, токсическое поражение печени)	T 56.6	Олово и его соединения	Y96
1.26.2	Хроническая интоксикация растворимыми соединениями бериллия (проявления – хронический токсический бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, токсический пневмосклероз, бериллиоз)	T 56.7	Бериллий и его соединения	Y96
1.29.2	Хроническая интоксикация никелем и его соединениями (проявления – хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, пневмосклероз, эрозии, перфорации носовой перегородки)	T 56.8	Никель и его соединения	Y96
1.30.2	Хроническая интоксикация кобальтом и его соединениями (проявления – хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, пневмосклероз)	T 56.8	Кобальт и его соединения	Y96
1.37.2	Хроническая интоксикация окислами азота (проявления – токсический пневмосклероз, хронический токсический бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, келоидные рубцы кожи)	T 59.0	Окислы азота	Y96
1.39.2	Хроническая интоксикация газообразным хлором (проявления – хронический конъюнктивит, хронический кератит, хронический ринит, хронический фарингит, хронический необструктивный бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма, токсический пневмосклероз)	T 59.4	Газообразный хлор	Y96
1.40.2	Хроническая интоксикация фтором и его соединениями (проявления – хронический эрозивный ринит, с перфорацией носовой перегородки, остеопатия длинных трубчатых костей позвоночника (флюороз скелета 1-й, 2-й и 3-й стадии, пневмосклероз, хронический токсический бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, хронический токсический альвеолит)	T 59.5	Фтор и его соединения	Y96
1.48.2	Хроническая интоксикация отравляющими веществами кожно-нарывного действия (проявления – хронический обструктивный бронхит, токсический пневмосклероз, рубцовый кератит (помутнение роговицы), хронический дерматит)	T 65.8	Отравляющие вещества кожно-нарывного действия (иприт, люизит, иприто-люизитовые смеси)	Y96
1.53	Последствия острых отравлений, связанных с воздействием веществ, указанных в пунктах 1.1-1-51 (проявлений – хронический токсический ларингит, хронический токсический назофарингит, хронический токсический трахеит, хронический токсический бронхит, хроническая обструктивная болезнь лёгких, токсическая энцефалопатия, токсическое органическое астеническое расстройство, токсическая миелополиневропатия, токсическая полиневропатия, токсический гастроэнтероколит, хронический токсический панкреатит, токсический гепатит, анемия, токсическая нефропатия, токсическая кардиомиопатия).	T 65.8	Химические вещества, указанные в пунктах 1.1-1.51 (этанол, другие спирты, нефтепродукты, в том числе бензин, керосин, бензол, гомологи бензола).	Y96
1.61	Профессиональный бронхит и профессиональная хроническая обструктивная болезнь лёгких, связанные с воздействием химических веществ			
1.61.1	Острый токсический бронхит Хронический токсический необструктивный бронхит	J 68.0 J 68.8	Химические вещества, обладающие раздражающим действием, за исключением веществ, указанных в пунктах 1.1-1.51	Y96
1.61.2	Хронический пылевой необструктивный бронхит	J 41.0		
1.61.3	Хронический токсико-пылевой необструктивный бронхит	J 68.4		
1.61.4	Хроническая обструктивная болезнь лёгких	J 44.8		

То есть в 2000-2012 гг. параллельно существовали термины «хронический пылевой бронхит», «хронический токсический бронхит», «профессиональный бронхит» в профпатологической практике и термин «хроническая обструктивная болезнь лёгких» в общетерапевтической и пульмонологической практике. При этом воздействие профессиональных аэрополлютантов пылевой и химической этиологии рассматривалось в общетерапевтической и пульмонологической практике как один из ведущих факторов риска развития ХОБЛ наряду с табакокурением, переохлаждением, наследственными факторами.

В данный период проводилось достаточно большое количество исследований, результаты которых свидетельствовали о наличии патогенетической общности различных вариантов профессионального бронхита (хронического пылевого бронхита, хронического токсико-пылевого бронхита, хронического токсического бронхита) и ХОБЛ в общетерапевтической и пульмонологической практике. Многие авторы высказывали мнение о необходимости включения в приказ МЗиМП РФ № 90 от 14.03.1996 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» диагноза «хроническая обструктивная болезнь лёгких от воздействия пылевых и/или химических аэрозолей» (ХОБЛ профессионального генеза) и о замене им диагнозов «хронический пылевой бронхит», «хронический бронхит токсико-химической этиологии».

В настоящее время существование ХОБЛ профессиональной этиологии признано мировым научным сообществом. Ещё в 2002 г. в список профессиональных заболеваний стран – членов Международной организации труда (МОТ) был включён пункт «Хронические обструктивные заболевания лёгких». Последнее обновление списка профессиональных заболеваний МОТ было проведено 25.03.2010 на 307-й сессии административного совета МОТ. Была изменена формулировка ХОБЛ профессиональной этиологии. Раздел 2.1. «Респираторные заболевания» был дополнен подразделом, в котором впервые были перечислены этиологические факторы профессиональной ХОБЛ: «Хронические обструктивные заболевания лёгких, связанные с трудовой деятельностью и вызванные вдыханием угольной пыли, пыли каменоломен, древесной пыли, пыли от зерновых и сельскохозяйственных работ, пыли животного происхождения, текстильной, бумажной и других видов пыли, образующихся при трудовой деятельности».

Также диагноз «хроническая обструктивная болезнь лёгких» был включён в официальный перечень профессиональных заболеваний, который в настоящее время, после прекращения действия приказа № 90 МЗиМП РФ, регламентируется приказом Минздравсоцразвития России № 417н от 27.04.2012 «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний» (см. табл. 2).

В настоящее время общепринятым в клинической практике специалистов по медицине труда является деление профессиональной патологии бронхиального дерева на две нозологические формы: профессиональный бронхит (occupational (industrial) bronchitis) и ХОБЛ профессиональной этиологии (occupational COPD).

Такое разделение логично и обосновано вследствие принципиальных различий в течении и исходах заболеваний: если больные хроническим необструктивным бронхитом представляют собой категорию практически никогда не утрачивающих профессиональной пригодности пациентов, то ХОБЛ – это болезнь с фатальным исходом. Существенными являются также различия в тактике ведения таких больных. Хронический необструктивный бронхит в фазе ремиссии либо не требует медикаментозной поддержки, либо вмешательство врача ограничивается назначением муколитической терапии, в отличие от профессиональной ХОБЛ, при которой больной нуждается в постоянном лечении бронходилататорами, не гарантирующем ему полного купирования клинических симптомов и замедления прогрессирования болезни (см. табл. 3).

(Окончание следует.)

Владислав КОСАРЕВ,
заведующий кафедрой профессиональных болезней и клинической фармакологии, профессор.

Сергей БАБАНОВ,
профессор кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии.

Самарский государственный медицинский университет.

Классификация профессиональных заболеваний бронхиального дерева

Таблица 3

Классификационные критерии	Профессиональные болезни бронхиального дерева	
	Хронический необструктивный (простой) профессиональный бронхит (J41.0)	Хроническая обструктивная болезнь лёгких профессиональной этиологии (J44.8)
Клинико-функциональные		
Этиологические	Промышленные аэрозоли различного состава: 1. Условно инертные, не содержащие токсичных веществ раздражающего действия 2. Содержащие токсичные вещества раздражающего действия	
Степень тяжести, вентиляционные нарушения, функциональная характеристика	1. Легко выраженный (течение стабильное) 2. Умеренно выраженный (течение нестабильное) Вентиляционные нарушения отсутствуют (при отсутствии осложнений, приводящих к развитию нарушений вентиляционной функции лёгких)	1-я стадия (лёгкая степень тяжести): ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 0,7; ОФВ ₁ > 80% от должных величин. 2-я стадия (среднетяжёлая): ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 0,7; ОФВ ₁ = 50–80%. 3-я стадия (тяжёлая): ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 0,7; ОФВ ₁ = 30–50%. 4-я стадия (крайне тяжёлая): ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 0,7; ОФВ ₁ менее 30% или менее 50%, при наличии признаков дыхательной и/или лёгочно-сердечной недостаточности
Фаза процесса	Обострение, ремиссия	Обострение, ремиссия
Осложнения	1. Хроническая дыхательная недостаточность 2. Лёгочная гипертензия 3. Хроническое лёгочное сердце (фаза компенсации, субкомпенсации) 4. Бронхиальная астма, при контакте с токсическими веществами сенсibilизирующего и раздражающего действия либо у лиц с наличием преморбидной гиперреактивности бронхов	1. Острая или хроническая дыхательная недостаточность 2. Лёгочная гипертензия 3. Хроническое лёгочное сердце 4. Застойная сердечная недостаточность 5. Вторичная полицитемия 6. Пневмония 7. Спонтанный пневмоторакс 8. Пневмомедиастинум 9. Бронхиальная астма, при контакте с токсическими веществами сенсibilизирующего и раздражающего действия либо у лиц с наличием преморбидной гиперреактивности бронхов

На днях исполнилось 110 лет со дня рождения крупнейшего невролога профессора Самуила Блинкова (1904-1996). Яркая личность, учёный с мировым именем, он внёс выдающийся вклад в развитие нейрохирургической неврологии и нейрохирургической анатомии. Самуил Михайлович – признанный основоположник новой нейронауки – количественной неврологии. Автор открытия и многих монографий, опубликованных или депонированных в России и за рубежом, он обладал исключительной эрудицией и работоспособностью. Его книга «Мозг человека в цифрах и таблицах» была переведена на английский и немецкий языки. На неё в мировой литературе появилось 35 рецензий ведущих нейроисследователей, подчёркивавших, что она открывает новую главу в изучении человеческого мозга.

Тоска по Швейцарии

Самуил родился в Елизаветграде на Украине. Поскольку в силу существовавших тогда ограничений его родители не могли получить высшее образование в России, они уехали в Швейцарию, где и прошло детство Самуила. На всю жизнь у него осталась тоска по чудесной стране, особенно тоска по горам, которую он отчасти удовлетворял, бродя по Главному Кавказскому хребту. (Лишь спустя 80 (!) лет профессору Блинкову удалось вновь побывать в Швейцарии. – Л.Л.).

Незадолго до Первой мировой войны Блинковы возвратились в Россию. Судьба забросила их в Баку. Там Самуил окончил гимназию и твёрдо решил, что будет исследователем. Огромное впечатление на него произвели произведения любимого писателя Жюль Верна.

Любознательный юноша попал в общество оккультных наук, где были и гипнотизёры, и те, которых мы сейчас называем экстрасенсами, колдунами. Мать – врач – испугалась этого увлечения и повела сына в нервную клинику. Тогда свирепствовал летаргический энцефалит, который имел эксцентрические формы своих проявлений. И мать сказала Самуилу: «Если хочешь познать тайны психики – иди в клинику, здесь ты найдёшь ответы на свои вопросы». И он захотел стать неврологом. В 1921 г. поступил на медфак университета, где преподавали крупные профессора, бежавшие из большевистской Казани, – советская власть в Баку пришла позже.

Самуил с увлечением учился и трудился в лаборатории патологической анатомии профессора Широкого. По вечерам вместе с доцентом Амосовым до полуночи они сидели в морге, изучая структуры головного мозга.

Одновременно работал научным сотрудником в криминалогическом кабинете. Блинков был под воздействием учения Эрнста Кречмера, изложенного в его книге «Строение тела и характер». Самуил исследовал свыше 100 убийц и столько же растратчиков и нашёл большие различия и в строении их тел, и в характере. Его первые научные работы, сделанные на кафедре патологической анатомии у Широкого и на кафедре неврологии у Амосова, как и по изучению преступности, были напечатаны. В частности, статью об особенностях строения тела и характера разных преступников опубликовали в немецком журнале; впоследствии он скрывал этот факт во избежание всяких недоразумений.

По окончании института Самуил стал ординатором нервной клиники. Пристрастился к гипнозу и достиг в этом больших успехов. Достаточно было ему пройти по коридору и сказать шутки ради какой-нибудь сиделке: «Нюра, ты не можешь дальше идти», как она застыла на месте со своим подносом, пока он не снимал свой «приказ».

Для этого имелась ещё одна побудительная причина. В конце 50-х годов Самуилу Михайловичу довелось читать лекции в кружке математиков, которым руководил академик И.Гельфанд. Он хотел, чтобы математики познакомились с анатомией мозга.

Как раз в это время у него случился инфаркт. Появилось свободное время. В совместном труде с Ильёй Глезером «Мозг человека в цифрах и таблицах» было положено научное начало

Время наших реакций

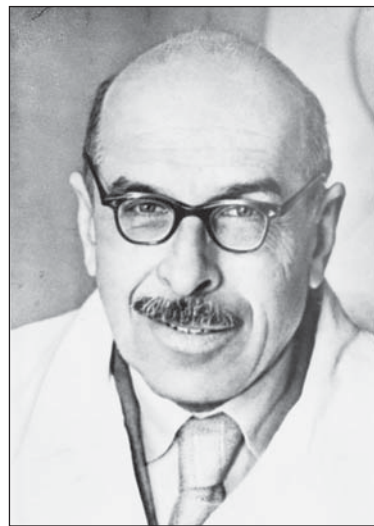
Самуил Михайлович – пионер в определении функций мозга в количественном выражении. Его не удовлетворяло, что существуют быстрые и медленные движения. А сколько продолжается движение? Оказывается, что в таком элементарном явлении, как время реакции, можно найти очень много важного и в смысле диагностики, и в смысле определения того времени, которое

и забавных историй, порой нелицеприятно оценивал учёных и их творения. Иногда я с ним не соглашался. Так, например, он негативно отнёсся к переведённому на русский язык руководством профессора Питера Дууса (Германия) «Топический диагноз в неврологии» и отказался дать рецензию на книгу. Я же, хорошо зная содержание, так как являлся научным редактором перевода, был, напротив, убеждён, что это по

Имена и судьбы

В поиске смысла жизни

Он смело открывал новые направления в исследовании человеческого мозга



После Баку была неврологическая работа в Усовских Городках под Пермью, а затем (с 1931 г.) Москва, навсегда.

Как количество переходит в качество

Самуил Михайлович сначала работал в Институте мозга, а затем с 1951 г. и до конца дней своих в Институте нейрохирургии. Организовал здесь сначала лабораторию электрофизиологии, затем лабораторию нейрохирургической анатомии и экспериментальной неврологии.

Исследования шли в разных направлениях, но объединялись одной целью – локализация функций в мозгу. Основной вопрос: каким образом материальный мозг производит нематериальное явление – мысль? И с другой стороны, каким образом мысль – нематериальное духовное начало – может привести в действие, регулировать и прекращать происходящие в организме материальные процессы?

Проблема локализации функций решалась четырьмя путями: 1) сравнение мозга человека с мозгом животных (какие новые структуры и функции появились); 2) исследование мозга выдающихся людей (предполагается, что у одарённых людей те или иные участки мозга получают преимущественное развитие); 3) клинико-анатомическое сопоставление (при жизни исследуют, какие функции были нарушены, а после смерти исследуют мозг); 4) эксперимент на человеке.

Каждая нейрохирургическая операция, по словам Н.Н.Бурденко, есть эксперимент, который ставит сама природа. К сожалению, смертность при операциях всё ещё была велика, и за 40 лет учёный собрал архив – около 500 наблюдений, где хорошо описана клиника и имеется непрерывная серия микроскопических срезов. Основное внимание уделялось количественной нейроанатомии.

количественной нейроанатомии и неврологии.

Оказалось, что в количестве клеток в структурах головного мозга есть некие строгие правила. Например, в ядре лицевого нерва может быть 4 тыс., 8 тыс. или 16 тыс. нейронов. Тот человек, у которого ядро лицевого нерва насчитывает 16 тыс. нейронов, при различной патологии может потерять половину их без всяких последствий, но, если в ядре изначально было 4 тыс. нейронов, то достаточно гибели 200 клеток, чтобы развился периферический паралич мимических мышц.

Особенности мозга выдающихся людей

Профессор Блинков, проводя тонкие анатомические исследования, установил, что дело заключается в соотношении частей головного мозга. У одних выдающихся людей значительно преобладает лобная доля над теменной (как, например, у Павлова и Ленина). А у других, наоборот, преобладает теменная доля; роландова борозда стоит вертикально (например, у Маяковского). Однако до сопоставления данных нейроморфологии и жизнеописания выдающихся личностей дело не дошло. Подобные подходы в 30-е годы прошлого века запрещались.

Профессору Блинкову удалось уточнить строение мозга у музыкально одарённых людей.

В процессе эволюции полюс височной доли выдвигается вперёд. Это есть её новая часть. Она формируется за счёт верхней, средней и нижней височных извилин. Это совершенно разные по строению корковые структуры. В одних случаях все три слагаемых височной доли принимают равное участие в формировании её полюса, в других – либо нижняя извилина заходит на полюс и формирует его, либо это же делает верхняя височная извилина. Последний случай, по наблюдениям Блинкова, соответствует музыкальной одарённости. В коре верхней височной извилины много мелких клеток, здесь место окончания центрального слухового пути, и вообще вся эта зона развивается в связи со слухом. Кстати, Блинкову из Японии профессор Того прислал атлас. Этот чудак исследовал мозг своей покойной жены, выдающейся пианистки. Издал великолепный атлас её мозга, в котором учёный увидел аналогичные особенности в строении височной доли правого полушария мозга. Кстати, в правом полушарии мозга Ленина Самуил Михайлович также увидел те особенности его строения, которые наблюдал у музыкантов.

необходимо, чтобы какой-то процесс перешёл из субсенсорного на сенсорный уровень, то есть чтобы неопределяемое ощущение стало ощущаемым. Для этого требуется 10-15 м/сек – всего 10-15 переключений нейронов.

Кто-то из физиологов заметил: «Для того чтобы знать, насколько сложно то или иное явление, надо обратиться к бухгалтерии». Вот киношник снимает бурное море, корабль тонет. Кажется, что это очень дорогая сцена. И вот другая сцена: сидят двое в старом доме и разговаривают. И оказывается, что снять океан стоит 5 копеек, а снять уютную домашнюю сцену – несколько сотен рублей. Надо достать старинные часы, постелить скатерть и т.д. Так и мы до сих пор не знаем собственную психику. Могут быть такие вещи, которые кажутся нам крайне сложными, а в действительности являются очень простыми – 10-15 переключений. И с другой стороны, есть то, что кажется нам элементарным, а на деле требует очень большой выучки, навыков.

Мой наставник

Самуил Блинков – ровесник века, переживший ключевые события нашего столетия: революции, войны, смены режимов и иные катаклизмы в Отечестве... Он был великим тружеником, скромным и мудрым человеком. Награды и регалии почему-то обходили его стороной. Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко несколько раз выдвигал профессора Блинкова в Академию медицинских наук СССР, но безрезультатно. Лишь к своему 90-летию Самуил Михайлович наконец-то получил почётное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации».

Гораздо, однако, существеннее, что должителем до последнего дня своей жизни в полном объёме сохранял свою творческую продуктивность и негибкий оптимизм. Более того, он оставался молодым и не отставал от молодых не только в своих желаниях, но и в возможностях. В 90 лет, как и прежде, был неутомим, любил путешествовать, любил компании, мог выпить рюмку-другую, рассказать солёный анекдот, читать по памяти Пушкина и Шекспира, написать экспромтом едкое стихотворение по поводу; и смеяться, смеяться так заразительно, что все рядом начинали хохотать. На десятом десятке жизни это не сопоставимо ни с какими запоздалыми регалиями.

Самуил Михайлович был глубоко почитаемым моим наставником. Более того, мы дружили. Он всегда радовался, когда я приходил к нему в кабинет, рассказывал массу поучительных

своей глубине, стилю, дидактике и иллюстрациям лучшее из написанного по топической диагностике.

Самуил Михайлович при своей доброжелательности был очень обидчив. Я как составитель «Справочника по нейротравматологии» попросил его написать обобщающую статью об ущемлении ствола мозга, он охотно сделал это. Но когда я как редактор убрал неуместный в ней абзац с рекомендацией весьма сомнительного и никем не применяемого закрытого рассечения тенториума для устранения вклинения в отверстие мозжечкового намёта, он вознегодовал. На деле же я спас ему репутацию, что и пытался объяснить Самуилу Михайловичу.

Однако все эти до сих пор непонятные случаи никак не колебали моих симпатий к Самуилу Михайловичу. Его идеи всегда поражали меня своей значительностью и оригинальностью, а практические выводы из них привораживали. Помню, когда выполнял своё докторское исследование, убедился, насколько прав был учёный, утверждая, что глиомы, особенно злокачественные, растут из перивентрикулярного матрикса по ходу столбовых сосудов, образуя по форме характерный клин или трапецию, основание которых направлено к коре мозга.

Как члены Всесоюзной проблемной комиссии по нейрохирургии мы нередко ездили в разные города и страны – на всякие пленумы, симпозиумы, конференции. Когда жена Блинкова профессор Анна Аркадьевна Артарян по каким-то причинам не могла его сопровождать, она доверяла мне приглаждать за ним. В горах ли Памира, на пляжах ли Крыма я всегда был рядом с Самуилом Михайловичем. Он не признавал поправок на возраст, но именно этого я всегда боялся. Самуил Михайлович говорил мне: «Старость, такая, как у меня, – не страшна, но всё-таки отнимает лишнее время на, так сказать, самообслуживание».

12 февраля 1992 г. по просьбе руководителя архивной службы Американской ассоциации неврологических хирургов Роя Селби, я взял видеointerview у Самуила Михайловича – для истории нейрохирургии и неврологии в лицах выдающихся учёных.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
премии РФ.

**НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.**

Москва.