|  |
| --- |
| **Профессиональные заболевания работников**    **Практика правоприменения: порядок установления и расследования профессиональных заболеваний работников**    ***Профессиональное заболевание – это хроническое или острое заболевание застрахованного вследствие воздействия на него вредных производственных факторов, которые повлекли временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности (абз. 11 ст. 3 Закона № 125-ФЗ).***    При этом под хроническим понимается заболевание, которое возникло в результате длительного воздействия на работника вредного производственного фактора (абз. 2 п. 4 Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 15.12.2000 № 967 (далее – Положение о расследовании профзаболеваний)).   Например, причиной хронических профессиональных заболеваний органов дыхания сварщиков могут являться поступающие в зону дыхания сварочные аэрозоли, которые содержат железо, кремний, никель, титан, медь, алюминий и другие металлы (п. 1.2.4 Межотраслевых правил по охране труда при газоплазменной обработке материалов, утвержденных Постановлением Минтруда России от 14.08.2002 № 55).   Под острым понимается заболевание, которое стало результатом однократного (в течение не более одного рабочего дня, одной рабочей смены) воздействия на работника вредного производственного фактора (абз. 1 п. 4 Положения о расследовании профзаболеваний).   *Примером острого профессионального заболевания может являться лучевая болезнь, возникшая в результате аварии на ядерно опасном объекте.*  Для того чтобы профессиональное заболевание было признано страховым случаем, необходимо соблюдение двух условий (пп. 5 п. 2 ст. 17 Закона № 125-ФЗ, Положение о расследовании профзаболеваний):   * профзаболевание работника должно быть установлено медицинской организацией в надлежащем порядке; * обстоятельства и причины профзаболевания должны быть расследованы работодателем.     **КАК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЕ?**    Первоначально заболевание выявляется при обращении работника в учреждение здравоохранения. Если при этом будут обнаружены признаки острого или хронического профзаболевания, то медучреждение направит работодателю Извещение об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления) (п. 7 Положения о расследовании профзаболеваний). Его форма утверждена Приказом Минздрава России от 28.05.2001 № 176 (Приложение № 1).   Отметим, что ФСС РФ полагает, что работодатель, получивший извещение о предварительном диагнозе, должен сообщить в орган ФСС РФ о «подозрении на страховой случай». Такие разъяснения даны в абз. 4 разд. 5 Обзора по вопросам экспертизы страховых случаев в связи с профессиональным заболеванием, направленного Письмом ФСС РФ от 29.04.2005 № 02-18/06-3810 (далее – Обзор экспертизы страховых случаев)... |
|  |
| **Воздействие на здоровье работников высоких и низких температур**    **ВОЗДЕЙСТВИЕ ПОВЫШЕННОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**  ***Трудовая деятельность человека на открытом воздухе может сопровождаться воздействием низких, высоких температур. Это относится к сельскохозяйственным рабочим, строителям, горнорабочим, шахтерам, нефтяникам, лесозаготовителям, рыбакам. Некоторые производственные процессы могут сопровождаться влиянием интенсивного теплового излучения. В основном это цеха литейного производства.***    ***https://proxy.imgsmail.ru/?email=ohr_truda%40mail.ru&e=1503628614&h=m2o38KMlnXI5EO_hW4WvVA&url171=d3d3LnRydWRjb250cm9sLnJ1L2ZpbGVzL2VkaXRvci9pbWFnZXMvUGljdHVyZXMvSWxsdXN0cmF0aW9ucy8lRDAlOUYlRDAlQkUlRDAlQjYlRDAlQjAlRDElODAvMTc3XzEuanBn&is_https=0Клиническая картина.***При перегревах различают формы заболевания: гинертермическую и судорожную. К перегревам относят солнечный удар. Гипертермическая форма перегрева может возникнуть внезапно или постепенно. В легких случаях отмечаются головная боль, головокружение, общая слабость, сухость во рту, жажда, шум в ушах, потемнение перед глазами, иногда предметы кажутся окрашенными в зеленый или красный цвет, появляется рвота. Температура тела повышается до 38-39 °С. Кожа, особенно лица, гиперемирована, на ощупь горячая и влажная. Дыхание поверхностное и учащенное. Пульс частый, слабого наполнения. Все указанные явления при оказании соответствующей медицинской помощи быстро исчезают, и обычно спустя 1-2 дня заступает полное выздоровление.   Тяжелое течение гипертермической формы перегрева наблюдается при так называемом тепловом ударе, который может сопровождаться коллапсом и потерей сознания. Кожные покровы при этом бледные, с синюшным оттенком; температура тела повышена до 40-41 °С, отмечается выраженное потоотделение. Пульс и дыхание учащены. Появляются болезненные ощущения в икроножных мышцах в виде чувства стягивания, подергивания отдельных групп мышц. Возможны эпилептические припадки, кризы тетанического характера, расстройства психической сферы (двигательное возбуждение, галлюцинации, бредовое состояние) с последующим переходом в кому.   Судорожная форма перегрева возникает обычно остро при резком нарушении водно-солевого обмена вследствие прогрессирующего обезвоживания организма. В этих случаях наряду с явлениями, характерными для теплового удара, наблюдаются выраженные тетанические судороги, распространяющиеся на различные группы мышц, особенно икроножные, бедер, плеч, предплечий, и резкая болезненность их во время движений. Больные адинамичны, черты лица их заострены, вокруг глаз темные круги. Кожа приобретает синюшный оттенок, сухая, на ощупь холодная. Отмечается расстройство сердечно-сосудистой деятельности: пульс учащенный, до 110-120 ударов в минуту, нитевидный, артериальное давление низкое, тоны сердца глухие. Диурез 50-100 мл в сутки, содержание хлоридов в моче резко снижено. Выявляются признаки сгущения крови: увеличивается количество эритроцитов и гемоглобина, повышается вязкость крови. В тяжелых случаях появляются эпилептические припадки, а иногда параличи или расстройства психики.   После перенесенной судорожной формы перегрева может наблюдаться полное выздоровление; иногда восстановление здоровья протекает медленно, могут сохраняться нервно-психические расстройства. В редких случаях остаются стойкие изменения в центральной нервной системе. Солнечный удар является своеобразной формой перегрева, обусловленной непосредственным локальным действием солнечных лучей на незащищенную голову, при этом может не наблюдаться общего перегревания организма. Появляются общая слабость, чувство недомогания, головная боль, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, стеснение в грудной клетке, шум в ушах, иногда носовые кровотечения, тошнота, рвота, расстройства стула. Кожа лица становится красной, усиливается потоотделение. В тяжелых стадиях заболевания возникают выраженные нарушения со стороны центральной нервной системы; затемненное сознание, резкое возбуждение, судороги, непроизвольные движения, эпилептиформные припадки, галлюцинации, бред. Повышение температуры тела нехарактерно.   Помимо указанных форм перегревов, у лиц, систематически работающих в условиях воздействия высоких температур, могут наблюдаться функциональные расстройства со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, которые обусловлены сдвигами в водно-солевом обмене и повышенным распадом белков. Клинически такие изменения проявляются неврастенией, сосудистой гипотонией, угнетением секреторной функции желудочныx желез, понижением концентрационной функции почек. Тепловое излучение в производственных условиях может сочетаться с инфракрасным (в горячих цехах) или ультрафиолетовым (при газо- и электросварке) излучением. Инфракрасное излучение вызывает развитие катаракты, а ультрафиолетовое – острые кератоконъюнктивиты , электроофтальмию.     **ВОЗДЕЙСТВИЕ ПОНИЖЕННЫХ ТЕМПЕРАТУР НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**  ***Трудовая деятельность человека на открытом воздухе может сопровождаться воздействием низких, высоких температур. Это относится к сельскохозяйственным рабочим, строителям, горнорабочим, шахтерам, нефтяникам, лесозаготовителям, рыбакам. Некоторые производственные процессы могут сопровождаться влиянием интенсивного теплового излучения. В основном это литейные, прокатные, мартеновские цеха.***  При воздействии низких температур и повышенной влажности развивается облитерирующий эндартериит. Признаками заболевания являются побеление кожи пальцев, понижение болевой чувствительности, парестезии, затрудненное движение конечностей и ослабление пульса на периферических сосудах. Различают четыре стадии облитерирующего эндартериита: Первая стадия (спастическая) заболевания характеризуется функциональными ангиоспастическими нарушениями. У больных появляются боль, чувство похолодания и онемения в конечностях, ослабление пульса на периферических сосудах.       Такие явления могут наблюдаться длительное время, периодически исчезая и вновь появляясь. При II стадии (ишемической) ангиоспастический синдром становится более постоянным и выраженным вследствие развития стойких структурных изменений в стенках сосудов. В этой стадии возможно образование тромбов в сосудах. Третья стадия (некротическая) характеризуется появлением язв на конечностях, обусловленных нарушением питания тканей. При IV стадии (гангренозной) наблюдается развитие сухой или влажной гангрены.   В возникновении облитерирующего эндартериита, помимо охлаждения, большое значение имеет повышенная влажность. Отморожение, как и облитерирующий эндартериит, характеризуется локальными повреждениями тканей организма вследствие воздействия холода...    **Влияние запыленности производственной среды**  [**на здоровье работников**](http://kiout.link.sendsay.ru/kiout/2904,iq1aJ_EOfFangHtvkbdjbg/395,4914372,6279,?aHR0cDovL3d3dy50cnVkY29udHJvbC5ydS9wcmVzcy9wdWJsaWNhdGlvbnMvMjM0MjQvcHJvZmVzc2lvbmFsbmllLWJvbGV6bmktY2hhc3QtNi12bGl5YW5pZS16YXBpbGVubm9zdGktcHJvaXp2b2RzdHZlbm5veS1zcmVkaS1uYS16ZG9yb3ZlLXJhYm90bmlrb3Y/dXRtX3NvdXJjZT1TZW5kc2F5JnV0bV9tZWRpdW09ZW1haWwmdXRtX2NhbXBhaWduPW9iem9yX3BvX290Ll9vc25vdm5veV8yMS4wOC4yMDE3)    ***Производственная пыль является одним из неблагоприятных факторов, влияющих на здоровье человека. Первые сведения о возможности развития заболеваний легких в результате вдыхания пыли при горнорудных работах встречаются в древнегреческой и древнеримской литературе. Однако по представленным в то время описаниям еще трудно сказать, о каких конкретных формах пылевых заболеваний легких шла речь. Можно предположить, что скорее всего это были пневмокониоз, кониотуберкулез, хронический пылевой бронхит.***    Только с середины прошлого столетия стали постепенно накапливаться наблюдения, позволившие к настоящему времени выделить нозологические формы пылевых заболеваний легких. Среди отечественных ученых и врачей большой вклад в изучение патогенеза, клиники, диагностики, профилактики и лечения пылевых болезней легких внесли И. Н. Кавалеров, Д. А. Карпиловский, И. М. Пейсахович, И. Г. Гельман, Н. А. Вигдорчик, С. М. Генкин, М. А. Ковнацкий, П. П. Движков, М. В. Евгенова, К. П. Молоканов и др.   В различных отраслях промышленности и сельском хозяйстве многие производственные процессы связаны с образованием пыли. Это горнорудная, угледобывающая промышленность; металлургические, металлообрабатывающие и машиностроительные предприятия; производства строительных материалов; электросварочные работы; труд на текстильных предприятиях; обработка сельскохозяйственных продуктов (зерна, хлопка, льна и др.).   Производственная пыль по своему составу, физическим свойствам и химической природе весьма разнообразна. Физико-химические свойства пыли во многом определяют характер воздействия на человека. Поэтому следует учитывать форму, растворимость, структуру (аморфная или кристаллическая), адсорбционную способность, электрозарядность и размеры пылевых частиц. Имеет значение и химическая природа пыли. По составу различают пыль неорганическую, органическую и смешанную. Пыль, состоящая из минералов или металлов, относится к неорганической. Органическая пыль содержит частицы растительного или животного происхождения, а также микроорганизмы, обычно находящиеся на них, и продукты их жизнедеятельности. В состав смешанной пыли могут входить различные — как неорганические, так и органические — частицы или смесь неорганических и органических частиц.   В пылеобразном состоянии могут находиться и некоторые твердые токсические вещества, например, свинец, фосфор, мышьяк, сурьма, бор и др., а также их соединения. Однако их не относят к группе пылевых факторов, поэтому они не рассматриваться в данном разделе. В производственных условиях пыль проникает в организм человека через дыхательные пути и скапливается в легких. При этом для клинической картины пылевых болезней характерно поражение легочной ткани или дыхательных путей с развитием или пневмосклероза, или хронического бронхита, или бронхиальной астмы, а также различных сочетаний указанных форм. При проникновении в легкие пыли токсических веществ не всегда отмечаются поражения легочной ткани и воздухоносных путей (это можно наблюдать на примере пыли свинца).   Пневмосклероз, возникший вследствие вдыхания пыли, Ценкер в 1866 г. предложил называть «пневмокониоз», что по-гречески обозначает запыление легких (pneumon – легкое, conion – пыль). Пневмокониоз возникает преимущественно при воздействии пыли различных минералов, в том числе двуокиси кремния, силикатов (каолин, тальк, асбест, цемент), антракозом называется пневмокониоз при воздействии пыли каменного угля, металлокониоз возникает от воздействия пыли с содержанием некоторых металлов (железо, алюминий, барий, олово и др.). Особо необходимо выделить пыль с содержанием ванадия, бериллия, молибдена, вольфрама, ниобия, кобальта. Реже пневмокониоз возникает от органической пыли (зерновая, хлопковая, древесная, льняная пыль и др.) и смешанной пыли (электросварочный аэрозоль, смесь кварцсодержащей и металлической пыли и т.п.).       В зависимости от вида пыли, вызвавшей развитие пневмокониоза, различают и соответствующие виды пневмокониоза. Так, силикозом называют пневмокониоз, обусловленный воздействием двуокиси кремния, силикатозом – воздействием различных силикатов (в частности, каолина – каолиноз, талька – талькоз, асбеста – асбестоз и т. п.), сидерозом – железосодержащей пыли и смешанные формы пневмокониозов обозначают с учетом состава пыли, например, силикоантракоз, силикосидероз и т.п. Сочетание пневмокониоза с туберкулезом легких обозначают как кониотуберкулез; при этом в зависимости от вида пыли различают силикотуберкулез, антракотуберкулез и т.д. ...        **Вибрационная болезнь**      ***По мере технического прогресса в современном производстве все шире используются различные механизмы и новые технологические процессы. Это в свою очередь обусловливает воздействие на организм работающих различных неблагоприятных физических факторов, таких, как вибрация, шум, электромагнитные волны радиочастотного и оптического диапазона.***  Профессиональные заболевания, обусловленные воздействием физических факторов производственной среды, могут встречаться в различных отраслях народного хозяйства: в машино-, судо- и самолетостроении, электронной и радиотехнической, строительной и горнорудной промышленности, сельском хозяйстве и др. Все заболевания, обусловленные воздействием того или иного физического фактора, отличаются своеобразием патологического симптомокомплекса, полисиндромностью с наличием специфических и чаще неспецифических симптомов, что создает определенные диагностические трудности. В то же время осуществление ранней диагностики, своевременного лечения, рационального решения вопросов врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации – необходимое условие для успешного проведения лечебно-профилактических мероприятий.   Вибрационная болезнь – профессиональное заболевание, отличающееся многообразием клинической симптоматики и особенностью течения. Основным этиологическим фактором является производственная вибрация. Значительную роль в развитии заболевания играют также сопутствующие профессиональные факторы: шум, охлаждение, значительное статическое напряжение мышц плеча и плечевого пояса, вынужденное положение тела и т.д. Они могут способствовать более быстрому развитию патологического процесса и обусловить некоторые особенности клинической картины. |