

УДК 331.4

© 2012: А.А. Дударев, Л.В. Талыкова; ФНИ «ХХI век»

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ТРАВМАТИЗМ В РОССИИ (С АКЦЕНТОМ НА РЕГИОНЫ КРАЙНЕГО СЕВЕРА, 1980-2010)

А.А. Дударев¹, Л.В. Талыкова²

¹ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья», Санкт-Петербург,
и ²научно-исследовательская лаборатория ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены
и общественного здоровья», г. Кировск Мурманской области, Россия

Эл. почта: alexey.d@inbox.ru; talyk@mail.ru

Статья получена редакцией 29.05.2012, принята к печати 16.08.2012

Состояние охраны труда в Российской Федерации создает угрозу национальной безопасности и перспективам развития страны. Анализ литературы показывает, что главными факторами роста смертности, травматизации, профессиональной заболеваемости и инвалидизации работающего населения остаются ухудшение социально-экономического положения, неудовлетворительное качество и ограниченная доступность медицинской помощи, разрушение системы медико-профилактического обслуживания работников. Аттестация рабочих мест формальна, искажает действительное положение дел на производстве и не осуществляет реальной гигиенической оценки условий труда. Предварительным и периодическим медицинским осмотрам (ПМО) свойственны формализм, низкая квалификация и недобросовестность медработников, постоянная ротация кадров, нарушения требований по оформлению документов, нехватка диагностического оборудования. Остро стоит проблема массового сокрытия несчастных случаев и профессиональной заболеваемости (ПЗ) на производстве. Действительные показатели ПЗ в десятки и сотни раз выше данных официальной статистики. В России практически отсутствует контроль исполнения работодателями трудового законодательства. В государственных отчетах нет информации о структуре ПЗ в отдельных регионах (в т.ч. Крайнего Севера), отраслях экономики, профессиях. Бюрократизация процедуры установления диагноза ПЗ – источник коррупции и фальсификаций. В стране отсутствует система статистического учета и отчетности показателей здоровья работников по результатам ПМО, нет унифицированной утвержденной формы заключительного акта и регламента оценки условий труда. Профпатологическая служба не имеет собственной информационной системы, не создан единый регистр ПЗ, позволяющий автоматизировать систему учета и регистрации больных с ПЗ и отслеживать течение и исходы заболеваний. Недостоверность информации об условиях труда, травматизме и ПЗ на производстве затрудняет оценку качества и эффективности профилактических мероприятий, профессиональных рисков воздействия производственных факторов и научные исследования в области гигиены труда и профпатологии. Все эти выводы подтверждаются результатами оригинальных исследований, проведенных на крупных предприятиях Мурманской области. В России остро назрела необходимость радикального реформирования института охраны труда.

Ключевые слова: профессиональная заболеваемость, производственный травматизм, профпатология, медицинские осмотры, травмобезопасность, аттестация рабочих мест, условия труда, охрана труда, Крайний Север.

OCCUPATIONAL MORBIDITY AND OCCUPATIONAL ACCIDENTS IN RUSSIA WITH EMPHASIS ON ARCTIC REGIONS, 1980-2010

A.A. Dudarev¹, L.V. Talykova²

¹Northwest Public Health Research Center (Saint-Petersburg) and

²Kola Research Laboratory of Occupational Health (Kirovsk, Murmansk oblast), Russia

E-mail: alexey.d@inbox.ru; talyk@mail.ru

Occupational safety in the Russian Federation poses a threat to the national safety and prospects for development. Available literature suggests that the main factors of increasing occupational mortality, traumatization, morbidity and disability of the employed population still are poor socioeconomic conditions, low quality and availability of medical aid, and ruined system of occupational preventive and medical services. Working places attestation is formal and biased and provide no reliable estimates of working conditions. Initial and regular medical examinations suffer from formalism, low qualification and high dishonesty of medical personnel and its continuous rotation, infringement of document filling rules, and shortage of diagnostic instruments. Mass concealment of occupational accidents and diseases is daunting. Realistic estimates of occupational morbidity are tens to hundreds times higher than the official statistical data. In Russia, virtually no control of adherence to labor legislation by employers is executed. Public reports do not contain structured data about occupational morbidity related to separate regions, including Russian Arctic, and to industries, professions etc. Red tape in the procedures of diagnostics of occupational diseases promotes corruption and falsification. There is no unified system of statistical registering and reporting of employees health based on regular medical examinations and no authorized forms for working conditions assessment. Occupational pathology services have no unified informational system. There is no integrated register of occupational diseases providing for computerization of their registering and follow-up. Unreliable data about working conditions, accidents, and occupational risk make it difficult to estimate the efficiency of preventive measures and to conduct research in the field of occupational safety. All these conclusions are confirmed by original studies carried out at major industrial enterprises in Murmansk Oblast. The need for radical reforms in the occupational health care system in Russia is urgent.

Keywords: occupational morbidity, occupational accidents, occupational pathology, occupational health, medical examinations, occupational safety, working places attestation, working conditions, Russian Arctic.

К районам Крайнего Севера и приравненным к ним местностям полностью отнесены 16 субъектов Российской Федерации и часть территорий 11 субъектов – это все заполярные и приполярные регионы, Республика Карелия, Республика Коми, Коми-Пермяцкий автономный округ, Ханты-Мансийский автономный округ, Тюменская область, Красноярский край, Иркутская область, Томская область, Республика Саха (Якутия), Магаданская область, Камчатская область, Сахалинская область, Хабаровский край, Амурская область, Приморский край, Республика Тыва, Республика Алтай, Республика Бурятия, Читинская область, которые в совокупности занимают площадь 11 млн квадратных километров, или почти две трети территории России, где проживает постоянно 10,7 млн человек, или 7,5% населения страны.

Значение Севера для государства неоспоримо. На севере РФ производится более 20% валового внутреннего продукта и 18% электроэнергии, добывается 93% природного газа, 75% нефти, 63% золота, 83% серебра, 90% никеля и меди, 100% алмазов и платиноидов, 43% угля, заготавливается 45% экспортной древесины, вылавливается 61% рыбы.

Однако государственные структуры исполнительной власти не уделяют должного внимания проблемам работающих и проживающих на Севере людей. За последние 20 лет принят ряд государственных документов, направленных на обеспечение устойчивого развития северных территорий, однако им свойственен формализм и декларативный характер, низкий уровень исполнения. Зачастую принимаемые документы не учитывают специфику Севера. С началом перестройки и последующим распадом Советского Союза, проведение государственных реформ, направленных на формирование рыночных отношений, существенно ухудшило миграционную ситуацию на Севере, характеризовавшуюся последние два десятилетия значительным оттоком населения. К 2006 г. численность постоянного населения в районах Крайнего Севера и приравненных местностей сократилось с 12,9 млн человек в 1990 г. до 10,7 млн (на 12%), из них экономически активных лиц – 6,2 млн, безработных – 1 млн, нетрудоспособных – 3,5 млн.

На современном этапе ситуация в большинстве северных районов характеризуется негативными тенденциями, как в вопросах воспроизводства населения, так и в миграционных процессах. Демографическое развитие территорий Севера органически связано с процессами, присущими России в целом. Однако на Севере речь идет о стремительном снижении рождаемости, значительном увеличении смертности и уменьшении средней продолжительности жизни.

Установленные в СССР для жителей Севера социальные гарантии, надбавки к заработной плате в условиях инфляции не только теряли стимулирующую роль, но и не обеспечивали поддержание достойного уровня жизни. В результате проведенных реформ денежные сбережения северян, накопленные за годы работы, в потерях стали несопоставимы с другими регионами. Большинство северян лишилось возможности выезда в другие регионы за свой счет, превратившись в заложников постсоветского Севера. Возникла необходимость срочного решения государством вопросов переселения людей, прежде всего, нетрудоспособных граждан. Отсутствие продуманной государственной политики, отсутствие за-

конодательной базы и плана по ликвидации населенных пунктов привело к хаосу в эвакуации населения, люди вынуждены бросать все и отправляться в неизвестность. При этом тратятся огромные средства из федерального бюджета, – в десятки раз большие, чем потребовались бы при плановой работе. Стоит отметить, что по данной проблеме законопроекты инициировались как Комитетом по проблемам Севера и Дальнего Востока Государственной Думы, так и Комитетом по делам Севера и малочисленных народов Совета Федерации, но ни один законопроект не получил поддержки со стороны правительства (из материалов Комитета по делам Севера и малочисленных народов Совета Федерации).

Кризис 1990-х гг. привел к тому, что выстроенная за десятилетия Советской власти инфраструктура Севера пришла в полный упадок. В руинах лежат многие когда-то кипевшие жизнью арктические «столицы» – Амдерма, Диксон, Тикси, Певек. Сегодня по всей Арктике встречаются пустующие поселки, брошенные рудники, прииски, метеостанции, порты, аэропорты, звероводческие фермы, промысловые базы. Прекратили существование уже более 400 северных поселков (точное число неизвестно), жители некоторых из них, лишённые возможностей переезда на «материк», обречены на автономное существование.

На этом фоне активное наступление на природу Севера ведет нефтегазовый бизнес, и происходит это, как правило, без соблюдения природоохранных норм. Некоторые города и села, вовлеченные в освоение новых месторождений, активно развиваются; это касается, прежде всего, Ямало-Ненецкого и Ханты-Мансийского округов, а также отдельных местностей, побывавших под опекой олигархов (невероятно преобразился, например, чукотский Анадырь).

Концепция Федеральной программы действий по улучшению условий и охраны труда

Конституция РФ, «Декларация прав и свобод человека и гражданина» 1991 г., «Всеобщая декларация прав человека» ООН 1948 г. и другие документы декларируют приоритетной задачей сохранения жизни и здоровья работающих. При этом ситуация с охраной труда в стране вызывает серьезную озабоченность, которая прозвучала еще в Национальном докладе «О реализации государственной политики в области условий и охраны труда в РФ в 2005 году» [15].

В Концепции Федеральной программы действий по улучшению условий и охраны труда на 2008–2010 гг. [16], которая стала частью Плана мероприятий по реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [12], приводятся данные по экономическим и людским потерям в связи с неудовлетворительными условиями труда в РФ:

«Сегодня свыше 30% ежегодно умирающих россиян – это граждане в трудоспособном возрасте. Смертность трудоспособного населения превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза и в 2,5 раза – средний показатель смертности по России. Именно по этой причине средняя ожидаемая продолжительность жизни населения в России на столь неестественно низком уровне – 66 лет, что на 12 лет меньше, чем в США, на 11,5 года меньше, чем в странах Евросоюза, и на 5 лет меньше, чем в Китае».

В РФ ежегодно умирает по причинам, связанным с воздействием вредных и опасных производственных факторов, около 180 тысяч человек. Неблагоприятные условия труда являются причиной высокого уровня производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Ежегодно получают травмы на производстве около 200 тысяч человек, регистрируется более 10 тысяч случаев профессиональных заболеваний, более 14 тысяч человек становятся инвалидами вследствие трудового увечья и профзаболевания.

При этом официальным статистическим наблюдением охвачено менее 45% трудящихся. Более того, статистика не учитывает растянутые во времени причинно-следственные связи вредных факторов с повреждением здоровья трудоспособного населения: производственно-обусловленную заболеваемость, снижение иммунитета, ускоренное старение и нарушение репродуктивных функций трудящихся, т.е. так называемые «скрытые профессиональные риски», уровень которых превышает 70% всех рисков наступления случаев утраты здоровья работников под воздействием неблагоприятных производственных факторов.

Неудовлетворительное состояние и опасные тенденции развития «человеческой составляющей» в системе производственных сил Российской Федерации стали проблемой национальной безопасности, так как представляют серьезную угрозу перспективам развития страны. Здоровье работающего населения непосредственно связано с условиями труда, а также с эффективностью функционирования социально-трудовых отношений и социальных институтов, в первую очередь систем здравоохранения в сфере труда и социального страхования. Бессмысленно принимать меры по стимулированию рождаемости без исправления ситуации с потерей здоровья и жизни населения на рабочих местах. Не имеет смысла увеличивать ассигнования на здравоохранение населения, если люди теряют жизнь и здоровье на работе. Более того, до тех пор, пока ситуация в этой области не изменится, нельзя говорить всерьез не только о решении наших демографических и гуманитарных проблем, но и о дальнейших возможностях экономического роста и увеличении ВВП.

Ежегодные экономические потери, обусловленные неблагоприятными условиями труда, оцениваются в 500 млрд рублей (1,9% ВВП). По экспертным оценкам, из-за болезней в среднем теряется до 10 рабочих дней (в странах Евросоюза – 7,9 дня) на одного работающего.

Число работающих в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, увеличилось с 17,1% в 1997 г. до 26,2% в 2008 г. При этом по ряду округов – Сибирскому, Дальневосточному и Уральскому – этот показатель еще выше. По данным Минздрава России, наибольшая численность работающих в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, наблюдалась в Дальневосточном (35,5%), Сибирском (32,7%) и Уральском (31,1%) федеральных округах.

Ежегодно порядка 200 тысяч человек уходят на пенсию, досрочно назначаемую за работу в тяжелых и вредных условиях труда. При этом резерв восполнения трудовых ресурсов в силу неблагоприятной демографической ситуации практически исчерпан, выбытие граждан трудоспособного возраста приводит

к дефициту рабочей силы по многим ключевым для экономики специальностям. Миграционный прирост не может обеспечить восполнение этого дефицита, как по количественным, так и по качественным характеристикам, в силу низкого образовательно-профессионального уровня трудовых мигрантов. Большая часть привлекаемой иностранной рабочей силы – это неквалифицированные рабочие, трудоустроенные на рабочие места с низкой заработной платой и неблагоприятными условиями труда, тем самым формируя дополнительный спрос на такие места».

В Концепции дается обоснование необходимости модернизации системы управления охраной труда.

Директор НИИ медицины труда РАМН академик Н.Ф. Измеров приводит следующие показатели [7]: по данным 2006 г. в РФ не доживали 15 лет до пенсионного возраста 42% мужчин и 15% женщин, что существенно больше, чем в развитых индустриальных странах (Япония –10,4% и 4%, Великобритания – 11% и 7% соответственно). Из 33,9 млн работающих в России женщин 20 млн – детородного возраста, из них около 4 млн (12%) трудятся в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. По данным периодических медицинских осмотров, каждая вторая работающая в таких условиях женщина страдает хроническими заболеваниями, каждая шестая – бесплодием, у каждой седьмой беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем.

Безопасность труда в отечественной угледобывающей отрасли

Добыча полезных ископаемых в регионах Севера, Сибири и Дальнего Востока – основа экономики России. Кризис промышленной безопасности в отечественной угледобыче подробно рассмотрен специалистами Института проблем комплексного освоения недр РАН и ЗАО «Научно-технический центр исследований проблем промышленной безопасности» [3].

Учащение аварий и утяжеление их последствий на угольных шахтах России (в т.ч. на современных и крупнейших, таких как «Распадская») – тревожный сигнал реформаторам, реализующим сегодня модель модернизации производства в стране. Итоги реструктуризации угольной отрасли (1994–2007), когда внутренние традиционные плановые связи углепрома заменялись на рыночные конкурентные, авторы рассматривают сквозь призму показателей промышленной безопасности, анализируя число аварий и случаев смертельного производственного травматизма.

Объем добычи угля в РФ сегодня находится на уровне 45-летней давности. Более безопасная добыча открытым способом за годы реструктуризации вернулась к объемам конца 80-х, при подземной добыче в 1990-х наблюдался двукратный спад, а в 2000-х – стагнация на уровне около 100 млн т/год. За годы реструктуризации угольной промышленности прекращена эксплуатация более 80% российских шахт. Официальные сведения о количестве действующих в стране шахт и разрезов сильно разнятся. В 2009 г. в РФ по данным Ростехнадзора действовало 157 шахт и 185 разрезов, по данным официального сайта Минэнерго – 93 шахты и 138 разрезов, а на сайте ЗАО «Росинформуголь» – 77 шахт и 111 разрезов. Такие огромные различия в официальных данных вызывают массу вопросов, и прежде всего – каков контроль условий труда на «неучтенных» шахтах?

Несмотря на абсолютный рост капиталовложений в угольную отрасль за последние десять лет, их относительный объем за время реформ сначала резко сократился (в 37 раз) и лишь в последнее время возрос до семикратного отставания. Во время реструктуризации обозначилась тенденция утраты (забвения) функции обслуживания основных производственных фондов, что на фоне увеличения производительности труда отражается на безопасности работ. Истощение ветшающих основных фондов стало важной предпосылкой выживания масштабной угрозы возникновения крупных аварий в угольных шахтах.

Переход на рыночный способ хозяйствования парализовал «плановую» угольную промышленность и смежные отрасли. Несмотря на то что Россия сегодня входит в тройку стран-лидеров по запасам угля в мире (впереди только Китай и США), потребовалась помощь Мирового банка в создании «новой» российской угольной промышленности. Однако ее ориентация на платежеспособный спрос привела к деградации безопасного освоения подземного угольного пространства. Насильственное внедрение конкуренции во многом вернуло безопасность российских шахт XXI века в состояние английских угольных копей середины XIX века.

Ситуация сегодня такова, что практически весь российский уголь по-прежнему добывается на «передовых советских» шахтах и разрезах (где с каждым годом морально и физически устаревают как техника, так и кадры), а на «производственных мощностях за счет нового строительства, расширения, реконструкции и технического перевооружения» – лишь 1,5–3% общих объемов добычи. Однако наблюдаемые сегодня всплески смертности при крупных авариях наследием «социалистического прошлого» не являются, это вызревшие новые угрозы капиталистической (рыночной) реструктуризации, сопровождаемой «экономией» на безопасности труда.

На селекторном совещании в мае 2010 г., посвященном расследованию причин аварии на шахте «Распадская», председатель Правительства В.В. Путин указал, что с 1998 по 2008 г. «затраты на охрану труда в отрасли выросли практически в 9 раз; с 659 млн рублей в 1998 году до 6 млрд рублей в 2008 году». Возникает вопрос, какие же расходы идут по разделу «Охрана труда»? Куда конкретно вкладываются эти деньги? Статистические данные показывают, что «затраты на охрану труда» с конца 1990-х растут лишь в абсолютном выражении, а в относительном падают. Если в 1998 г. они составляли 13% всех инвестиций в основной капитал добычи угля, то в 2008 г. снизились до 8,8 %.

Затраты на безопасность невозможно отсрочить и потом нагнать скачком, необходимы планомерные ежегодные вложения. Недовложения в безопасность ударяют по капиталоемким мерам коллективного обеспечения безопасности и выдвигают на первый план краткосрочные меры по поддержанию и воспроизводству инфраструктур подземного пространства.

По данным Росстата, число занятых при добыче подземным способом уменьшилось за период 1996–2008 гг. почти в 3 раза, что при незначительном увеличении объема добычи (со 101 до 105,3 млн т) привело к трехкратному увеличению производительности труда (с 336 до 902 т/год). Налицо достаточно мощная интенсификация опасного подземного труда, достиг-

нутая за счет более чем двукратного сокращения числа опасных шахт и механизации производственных процессов.

В шахты пришла новая высокопроизводительная (и вроде бы внутренне безопасная) добычная техника, но внешняя к ней инфраструктура подземного пространства не обновляется и в среднем деградирует: с 1995 г. износ основных фондов вырос почти на 10% и составил в 2008 г. 46,5%. В структуре основных производственных фондов доля транспортных средств, машин и оборудования составляет 65%, и именно в этом сегменте сосредоточены практически все инвестиции и обновления. Закупаемая новая добычная техника попадает в старые инфраструктуры подземного пространства. Это очень тревожный сигнал: игнорирование обслуживания основных фондов инфраструктуры (не говоря уже об их воспроизводстве и обновлении) на фоне бурного роста производительности труда приводит к активному износу оставшегося оборудования и базовых инфраструктур безопасности в подземном пространстве. Безопасность при угледобыче «лихорадит» новая высокопроизводительная добычная техника, эксплуатирующаяся в шахтах с ветшающей инфраструктурой.

Средний за 1991–2009 гг. уровень смертельного травматизма на 100 млн т добычи угля составляет в США $3,46 \pm 0,55$, а в России 54 ± 12 , т.е. в 15 раз выше! Хуже ситуация только на Украине, шестикратно «опережающей» Россию. Однако было бы правильнее сравнивать безопасность на предприятиях угольной промышленности РФ и РСФСР, принимая во внимание единство естественно-геологических условий добычи. При таком сравнении более наглядно обнаруживается влияние на промышленную безопасность смены экономического строя и хозяйственного уклада, износа основных производственных фондов, деградации научного и кадрового обеспечения, изменения статуса и функций государственного надзора за соблюдением требований промышленной безопасности.

В РСФСР с 1985 по 1991 г. удельный производственный травматизм со смертельным исходом плавно снижался с 0,58 до 0,52 на 1 млн т добычи вслед за плавным снижением производительности труда одного работающего с 773 до 662 т/год. В начале-середине 90-х в Российской Федерации производственный травматизм вырос в 1,5 раза и удерживался на уровне 0,80–0,9 на 1 млн т добычи, несмотря на продолжавшееся снижение производительности труда вплоть до 518 т/год в 1994 г. После 1995 г. плавность динамики смертельного травматизма в угледобыче исчезает, несмотря на вполне устойчивый рост производительности труда. Затем просматривается общий тренд на понижение смертельного травматизма вследствие закрытия свыше половины опасных шахт и возрастания доли более безопасного открытого способа добычи. В ниспадающей динамике смертельного травматизма видны три явных пика – 1997, 2004, 2007 и 2010 гг.

Период реструктуризации отечественного углепрома характеризуется аритмичными всплесками крупных аварий, масштабы и частота которых несопоставимы с дореформенным состоянием. Ранее шахт было как минимум в два раза больше и более половины из них были опасны по условиям добычи, однако объективные опасности на них не вызрева-

А.А. ДУДАРЕВ, Л.В. ТАЛЫКОВА

ли в масштабные угрозы – последние две крупные аварии в РСФСР произошли более 50 лет назад – в начале 60-х гг. прошлого века: на шахте «Воркутинская» в 1961 г. погибли 28 человек, а на шахте «Капитальная» в 1964 г. – 59 человек. Тенденция роста числа крупных аварий на фоне падения объемов добычи привела к тому, что по сравнению с РСФСР в Российской Федерации число погибших на предприятиях угольной промышленности стало обратно пропорциональным производительности труда: коэффициенты корреляции +0,7 и –0,6 соответственно. Российский углепром переживает период острой нестабильности в сфере безопасности.

На российских шахтах удельный смертельный травматизм почти в восемь раз выше, чем на разрезах; более 80% погибших приходится на шахтеров. Средние значения смертельного травматизма на 100 млн т добычи за 1991–2009 гг. следующие: 117 ± 24 погибших в шахтах; 15 ± 4 погибших на разрезах.

Таким образом, можно констатировать, что реструктуризация угольной промышленности привела к ухудшению состояния промышленной безопасности по сравнению с периодом советского «застоя», к потере ориентиров и утрате накопленного опыта по обеспечению безопасности работ. Необходимы новые идеи и меры по исправлению ситуации, особенно по предотвращению угроз крупных аварий на шахтах.

Важное место в этой проблеме занимает нормативно-техническое и методическое обеспечение безопасности горных работ. В 2003 г. Государственной Думой было принято решение о замене многих действующих документов технологическими регламентами. На эту работу отпущалось 5 лет. Прошло 7 лет, но необходимых регламентов нет, а документы, составленные до 2003 г., отменены. Сложился нормативный вакуум, который уже приводит к серьезным авариям.

После аварии на шахте «Распадская» в Федеральном законе № 81-ФЗ «О государственном регулировании в области добычи и использования угля, об особенностях социальной защиты работников организаций угольной промышленности» 26 июля 2010 г. внесли изменения об обязательной дегазации шахт, но никаких конкретных требований и критериев в этом документе нет. В срочном порядке пришлось восстанавливать утраченные при реструктуризации отрасли знания о методах безопасной добычи угля. В СССР промышленная дегазация шахты впервые была осуществлена в Донбассе еще в 1952 г., а уже в 1970 г. она применялась на 156 шахтах. Сегодня многие из этих технологий успешно защищены зарубежными патентами и продолжают развиваться за рубежом.

Авторы выражают надежду, что, при отсутствии развитых структур гражданского общества, ответить новым угрозам промышленных аварий может только государство, а бизнес будет следовать строгим правилам безопасности труда, или окончательно расплывется в своей хозяйственной несостоятельности [3].

Официальные статистические данные по профессиональной заболеваемости и производственному травматизму в регионах Севера и в РФ, 1980–2010 гг.

Официальные статистические данные по профессиональной заболеваемости (ПЗ) и производственному травматизму (ПТ) по СССР – РФ были взяты из Российских статистических ежегодников 2001, 2005

и 2009 гг. [18–20], а по семи регионам Севера – из статистических ежегодников Архангельской, Мурманской, Камчатской, Магаданской областей, республик Карелия и Коми и Чукотского округа [10, 27–32]. Первый Российский статистический ежегодник появился в стране в 2001 г., а региональные Статистические ежегодники – в 2008 или 2009 г., и содержали они информацию только по 2000-м гг. с редкими вкраплениями некоторых показателей за отдельные более ранние годы. Вероятно, всем субъектам РФ вменялась подготовка таких ежегодников к 2010 г., однако по многим регионам информация о наличии таких материалов либо отсутствовала, либо сами материалы были труднодоступны (имели статус ДСП, требовалась оплата, и т.д.). В итоге нам удалось собрать материал по семи регионам, в основном за последнюю декаду. Данные по профпатологии в регионах Севера, Сибири и Дальнего Востока до 2000 г. в открытых источниках РФ вовсе отсутствуют.

На рис. 1 представлены уровни профзаболеваний в северных регионах в сравнении с РФ.

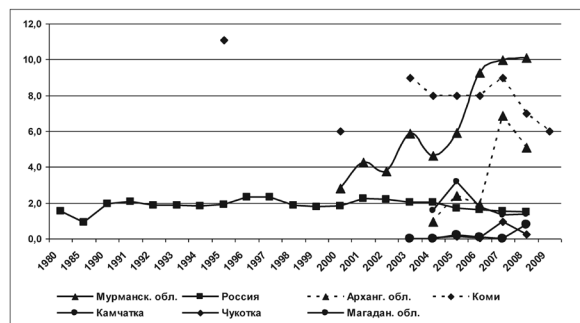


Рис. 1. Профессиональные заболевания (впервые выявленные случаи, включая отравления) в северных регионах в сравнении с РФ (1980–2009), на 10 000 работающих.

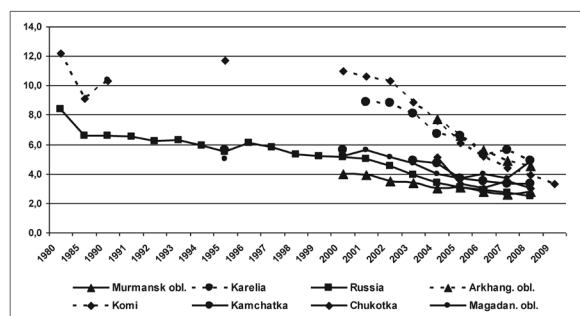


Рис. 2. Несчастные случаи на производстве в северных регионах в сравнении с РФ (1980–2009), на 1000 рабочих.

Рис. 1 демонстрирует в целом очень стабильный и весьма невысокий уровень ПЗ в России на протяжении 30 лет – в среднем ежегодно 2 случая на 10 000. На этом фоне противоречиво выглядят данные по северным регионам – уровни ПЗ в Мурманской области и Коми в 2–5 раз выше среднероссийских (до 10–11 на 10 000), при этом Мурманская кривая круто повышается в течение 9 лет, а кривая Коми, наоборот, стремится вниз. Близкие по величинам показатели ПЗ в Архангельской и Магаданской областях в 2004–2006 гг. соответствуют российскому уровню,

но уже в 2007 г. Архангельская кривая резко идет вверх. Наиболее загадочная ситуация складывается на Чукотке и Камчатке – за 4 года (2003–2006) не было зарегистрировано заболеваний; при этом Чукотка дает стране ежегодно 20–25 тонн чистого золота (это не считая других металлов, угля и т.д.), а Камчатка является одним из основных рыбодобывающих регионов страны.

Уровень производственного травматизма (рис. 2) в северных регионах находится в диапазоне 3–12 случаев на 1000 рабочих, а в России на протяжении 30 лет – 3–8 на 1000, все кривые имеют тенденцию к понижению. Кривые Мурманской и Магаданской областей, Чукотки и Камчатки почти совпадают с кривыми России 2000-х. Северо-Западные регионы (географически близкие Архангельская область, Карелия и Коми) характеризуются существенно более высоким уровнем травматизма.

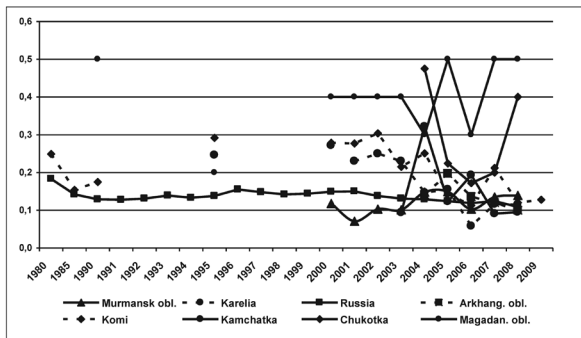


Рис. 3. Смертельные несчастные случаи на производстве в северных регионах в сравнении с РФ (1980–2009), на 1000 рабочих.

Рис. 3 показывает стабильный уровень смертельных несчастных случаев на производстве в России на протяжении 30 лет: 1–2 случая на 10 000 рабочих. В северных областях диапазон данного показателя составляет 1–5 случаев на 10 000 рабочих, кривые имеют хаотичное направление в 2000-е гг., особенно в восточных областях РФ (Магаданская область, Чукотка и Камчатка). Уровни и динамика фатально-травматизма в Архангельской области, Карелии и Коми близки и имеют тенденцию к снижению.

Сравнение показателей профессиональной заболеваемости в РФ с другими странами

При сравнении уровней ПЗ в Советской России и в скандинавских странах в 1980-х гг. (табл. 1) сразу бросаются в глаза небывало низкие показатели в РФ – в 10–100 раз ниже зарубежных.

Табл. 1

Профессиональная заболеваемость (впервые выявленные случаи) в РФ и некоторых северных странах, 1981–1987 гг., число случаев на 10 000 работающих

Страна	ПЗ (число случаев на 10 000 рабочих)*
Россия	1–2
Швеция	50–100
Финляндия	30–40
Исландия	35–60
Канада	20–30

* Данные адаптированы из [35].

Аналогичная картина наблюдается и при сопоставлении показателей ПЗ по РФ, бывшим республикам СССР, бывшим социалистическим странам и скандинавским странам по данным ВОЗ в 2005 г. (табл. 2). В развитых скандинавских странах показатели ПЗ колоссально (в десятки раз) превышают уровни в странах постсоветского пространства и бывшего «социалистического лагеря», включая Россию.

Табл. 2

Профессиональная заболеваемость (впервые выявленные случаи) в РФ и некоторых европейских странах в 2005 г., число случаев на 10 000 работающих

	Страна	ПЗ (число случаев на 10 000 рабочих)*
Бывшие республики СССР	Россия	1,7
	Украина	1,8
	Белоруссия	0,3
	Эстония	1,1
	Литва	5,9
Бывшие социалистические страны	Латвия	16,2
	Чехия	1,8
	Хорватия	0,4
	Словакия	1,1
	Польша	1,2
Скандинавия	Венгрия	0,7
	Дания	39,7
	Швеция	34,9
	Финляндия	19,4
	Норвегия	7,5

* Данные ВОЗ адаптированы из [34].

Относительно высокий уровень регистрируемых ПЗ в Латвии (бывшей советской республике) объясняется планомерным в течение 15 лет осуществлением в этой стране реформ [34] как в законодательстве, регулирующем отношения работника и работодателя в сфере социального страхования, в принятии нормативных актов, регламентирующих порядок обязательного медицинского обследования лиц, подверженных воздействию вредных факторов рабочей среды, порядок установления связи заболевания с профессией, выплат компенсаций, так и в улучшении качества обучения профпатологов, во введении строгой системы сертификации специалистов, в создании государственного регистра профзаболеваний и т.д. Количество сертифицированных специалистов в Латвии возросло за 10 лет (1996–2007) в 8,4 раза, и, как результат, уровень ПЗ в период с 1996 г. по 2004 г. также вырос в 9 раз (с 20,4 до 184,5 случаев на 100 000 работающих).

Сравнение показателей производственного травматизма в РФ с другими странами

Сравнение показателей производственного травматизма в РФ и других странах вызывает определенные затруднения из-за различий в подходах к сбору и расчетам статистической информации. Во многих странах источником информации о ПТ являются системы страхования от несчастных случаев на производстве, в то время как в других странах ими являются государственные статистические органы или государственные инспекции труда. В алгоритмах расчетов в разных странах варьируются такие критерии, как

минимальное число рабочих дней отсутствия на работе, перечень охваченных учетом видов экономической деятельности, процент охвата учетом работающего населения и др.

При этом сложилось прочное мнение, что в России производственный травматизм значительно выше, чем это следует из данных государственного статистического наблюдения. Этой точки зрения придерживается и Международная Организация Труда (МОТ), основываясь на сопоставлении данных по производственному травматизму ряда европейских стран. Несмотря на то, что в странах Евросоюза уровень охраны труда существенно выше российского, коэффициент производственного травматизма в России ниже, чем в развитых странах. При 64 млн занятых в российской экономике (в 2003 г.), число несчастных случаев оказывается ниже, чем в Германии или Великобритании, где численность работающих вдвое меньше. По подсчетам МОТ, проверенным многолетней практикой, в различных странах земного шара в среднем на один смертельный случай производственного травматизма приходится от 500 до 2 тыс. случаев несмертельного травматизма, ведущего к нетрудоспособности на срок более трех дней. В Германии и Финляндии соотношение числа случаев с летальным исходом и нетрудоспособности свыше трех дней выражается в цифрах 1:1000 – 1:1200. Если принять 1:1000 за основу в расчетах, то число случаев несмертельного травматизма (с одним и более днями нетрудоспособности) в России за 2003 г. должно как минимум составить, по данным Госкомстата: $3536 \times 1000 = 3536000$, по данным Роструда: $5185 \times 1000 = 5185000$. Однако по данным Госкомстата общее число пострадавших на производстве в 2003 г. составило всего 107 000, а в 2004 г. – менее 10 000 [13]. Эти величины в 30–50 раз меньше расчетных!

Обзор публикаций по производственному травматизму в России

Министерство труда, существовавшее в СССР – РСФСР – РФ под разными наименованиями с 1917 г., было упразднено Указом Президента В.В. Путина в марте 2004 г., а его функции переданы Министерству здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития). С тех пор охрана труда в России находится в состоянии, близком к коме [2]. При этом значительная часть чиновников и лиц, от них зависящих, продолжают утверждать, что с охраной труда в стране полный порядок, даже показатели производственного травматизма имеют устойчивую тенденцию к снижению. Отдел государственной политики в области охраны труда в нынешнем Минздравсоцразвития (численностью восемь человек на всю страну) в условиях сокращения служб охраны труда в федеральных органах исполнительной власти не способен решать накапливающиеся проблемы. Проблемы поступательно нарастают, но складывается впечатление, что происходит осознанное ускоренное реформирование законодательства в интересах бизнес-структур, а не работников предприятий. Законодатели лоббируют интересы крупного капитала, сращивание законодательства с бизнесом порождает игнорирование безопасности труда и бесправие работников.

Сегодня сплошь и рядом предприятия становятся банкротами, их захватывают силой, дробят, «сли-

вают», перепрофилируют, а рабочих выгоняют на улицу. При этом собственники часто меняются или просто меняют вывеску, что не позволяет работникам предъявлять претензии или требовать компенсации [2]. В погоне за «длинным рублем» новые «хозяева» не тратят средства на безопасность труда и не желают об этом даже слышать [13].

В России на федеральном уровне нет организации, системно занимающейся проблемами охраны труда, формированием государственной политики управления охраной труда. В стране не обеспечено финансирование научно-исследовательских работ, направленных на повышение безопасности и гигиены труда [13, 23]. Бесправный и почти бесплатный труд мигрантов и нелегалов теперь легко решает проблемы охраны труда на многих предприятиях [2]. В стране идет разрушение системы охраны труда. Вокруг проблем охраны труда сложился некий бумажно-виртуальный мир, в котором первостепенное значение имеют рыночные ценности. Изменений к лучшему в практической охране труда нет и быть не может, т.к. такая цель на самом деле не ставится [22]. Предупредительные меры по существу таковыми не являются. Денежные потоки, выделяемые на эти меры, вращаются вокруг условий труда, не затрагивая их. Эффективность мероприятий оценивается лишь количеством израсходованных денег. Охрана труда превратилась в источник заработка для отдельных категорий лиц [24].

С 2005 г. предприятия перешли с отраслевой системы ОКОНХ на классификаторы видов экономической деятельности (ОКВЭД), что изменило учетные статистические и аналитические формы информационных систем, в т.ч. в социальном страховании. Теперь в ОКВЭД больше половины разделов посвящены финансовой деятельности, предоставлению услуг и прочим видам деятельности, трудно поддающимся систематизации, структурированию и анализу по причинам травматизма на производстве [2].

Данный факт привел к усугублению и без того сомнительной статистики производственного травматизма в стране, истинные масштабы которого никому не ведомы, а эксперты и, тем более, чиновники предпочитают не называть возможные цифры реального травматизма в России. Сейчас на ПТ и ПЗ лежит завеса долгосрочной секретности. Пресловутая кривая травматизма якобы «ползет вниз», хотя объективных предпосылок, кроме падения объемов производства и снижения численности работающих, для этого нет. При массовом износе оборудования и основных фондов, при сокращении служб охраны труда и уровня профессиональной подготовки специалистов, травматизм не может уменьшаться, это противоречит логике. Данный парадокс требует более подробного объяснения.

Дело в том, что в стране учет и анализ несчастных случаев (НС) на производстве ведется следующими тремя государственными организациями: Федеральной инспекцией по труду (с 2004 г. Федеральная служба по труду и занятости – Роструд), Федеральной службой государственной статистики (с 2004 г. – Росстат) и Фондом социального страхования России (ФСС). Анализ официальных статистических данных о смертельном травматизме в РФ с 1995–2005 гг. по указанным выше трем ведомствам показывает, что они существенно отличаются друг от друга (у Роструда – в 1,5 раза выше, чем у Рос-

стата), ввиду того, что они формируются на основе различных методологических подходов. В Роструде подлежат учету все случаи с летальным исходом, по которым составлялись акты по форме Н-1, Росстат ведет учет случаев на производстве со смертельным исходом по ограниченному кругу видов экономической деятельности (производя выборочное обследование, охватывающее 20–30% работающих), а ФСС учитывает только случаи, признанные страховыми. Закономерно возникает вопрос: как быть с такой разноречивой статистикой, каким данным верить и какие следует использовать при принятии управленческих решений в сфере безопасности и охраны труда? Специалисты по охране труда в нашей стране склонны больше доверять данным Роструда, так как это ведомство регистрирует максимальное число НС в сравнении с другими ведомствами в силу отсутствия интереса искусственного занижения показателей [6].

Ряд других ведомств РФ также вносит свою определенную «корректировку» в статистическую отчетность по смертельному травматизму (в сторону занижения). В структуре Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС) имеется Государственный пожарный надзор (Госпожнадзор), который самостоятельно проводит расследование по делам о пожарах, в том числе с человеческими жертвами. При пожаре на производстве, трактуемом как стихийное бедствие, НС остаются неучтенными, включая погибших и пострадавших при исполнении служебных обязанностей работников МЧС и Госпожнадзора. Государственная инспекция по безопасности дорожного движения (ГИБДД), входящая в структуру Министерства внутренних дел (МВД), проводя расследование дорожно-транспортных происшествий, не производит селекцию НС, имеющих непосредственное отношение к производству [6]. Минздравсоцразвития также недоучитывает НС; в официальных отчетах этого ведомства отсутствуют показатели смертности от профессиональных заболеваний – эта категория работников после смерти переводится в разряд скончавшихся от общих заболеваний [13].

Инспекторы Роструда осуществляют непосредственный надзор за соблюдением установленного порядка расследования НС на производстве, ежегодно выявляя порядка 3000 скрытых НС на производстве, из них приблизительно 250–300 – с летальным исходом (по данным Национального доклада 2005 г.). Таким образом, государственный орган надзора констатирует массовое сокрытие несчастных случаев на производстве. При этом ответственность должностных лиц за эти преступления либо не наступает вообще, либо она минимальна. Методы сокрытия ПТ хорошо известны. Это «заказные» заключения судмедэкспертов об острой сердечной недостаточности как причине смерти, вместо констатации гибели от электрошока, перегрева, физического перенапряжения и т.д.; «принудительная» договоренность с семьями пострадавших или погибших о неведении дела до официального расследования (пользуясь их юридической безграмотностью и правовым беспределом); уничтожение вещественных доказательств НС или аварии, подкуп и шантаж очевидцев НС, утаивание истинной информации о результатах экспертизы состояния зданий, сооружений, оборудования, средств защиты [2, 22].

Согласно действующему законодательству, расследование НС проводится комиссией, формируемой работодателем, т.е. заинтересованным лицом, что и создает самую благоприятную почву для сокрытий и фальсификаций. Инспекторы труда в обязательном порядке участвуют в расследовании лишь «случаев с тяжелыми последствиями», т.е. не более чем в 20% НС. Имеющаяся сегодня численность инспекторов труда настолько мала (один инспектор на одну тысячу работодателей в РФ в 2006 г.), что позволяет обеспечить проведение плановых мероприятий по предупреждению ПТ в отношении одного работодателя с периодичностью не чаще, чем один раз в 10 лет! При нынешнем положении дел результативность работы инспекции труда постоянно снижается [6]. Оплата труда инспекторов низкая, квалификация специалистов падает, выпускники вузов плохо знают производство, ведомственный контроль отсутствует [2].

По сути, в стране практически отсутствует контроль исполнения работодателями трудового законодательства, в т.ч. по расследованию НС на производстве. Сложно даже предположить, какое количество НС (в т.ч. смертельных) на самом деле скрывается [6]. В России травматизм значительно выше, чем это отражает официальная статистика. Все упирается в преднамеренное или непреднамеренное искажение реальности; легкие и средней тяжести травмы просто не расследуются, и сведения о них не выходят за ворота предприятий [13].

К важнейшим мерам, предупреждающим травматизм и профессиональные заболевания, относятся, прежде всего, аттестация рабочих мест по условиям труда (и сертификация работ по охране труда), обучение и медицинские осмотры. Аттестация – громоздкий, трудоемкий и дорогостоящий процесс, который сегодня, как правило, осуществляется как самоцель, без анализа условий труда. Чего стоит изобретение рекламодателей от охраны труда – «аттестация под ключ»! В положении об аттестации заложена даже такая норма, как «условно аттестованное рабочее место», которая противоречит принципам законодательства. Ведь условия труда могут соответствовать или не соответствовать установленным требованиям без каких-либо оговорок. На практике аттестация носит усеченный и формальный характер – проводятся измерения (гигиеническая оценка) узкого перечня факторов без последующей разработки и внедрения каких-либо мероприятий по нормализации (улучшению) условий труда [22–24]. Некоторые сертифицированные «аттестаторы», выполняющие «заказ» в сжатые сроки (но за хорошие деньги), выдают «продукцию», не выходя из собственного кабинета, т.е. не посещая предприятие и не проводя реальную гигиеническую оценку условий труда.

Один известный западный специалист, оценивая нынешнее российское положение дел в области охраны труда, сказал, что в европейских странах такой процедуры, как аттестация рабочих мест по условиям труда, нет, – это чисто российская забава [23].

Обучение отдельных категорий застрахованных проводится в соответствии с федеральным Законом «Об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве, и профессиональных заболеваний». По замыслу этот вид обучения направлен на глубокое изучение именно проблем травматизма и ПЗ преимущественно в отраслях с высоким классом про-

фессионального риска. В реальной жизни все выглядит прозаичнее. Утвержденная программа обучения носит крайне примитивный унифицированный для всех категорий характер, соответствующий уровню ликвидации безграмотности. Например, на изучение основ предупреждения травматизма в программе отводится от 30 минут до 2 часов, столько же – на изучение порядка расследования и учета НС на производстве, на изучение темы «коллективные средства защиты (вентиляция, освещение, защита от шума и вибрации)» – 0,25–1 час! О современных методах анализа несчастных случаев в программе даже не упоминается. Контроль организации этого вида обучения со стороны ФСС ведется лишь по формально заполненным документам. Количество обучающих организаций из года в год растет, число «обученных» исчисляется миллионами человек, расходуются огромные средства – и все безрезультатно [22–24].

Система регистрации и учета профессиональных заболеваний в СССР – РФ

Основные вехи истории и структурной организации системы регистрации и учета профессиональных заболеваний в СССР – РФ хорошо отображены в докторской диссертации Л.Г. Жаворонок [5], выполненной в НИИ медицины труда РАМН. Ниже приведены выдержки из этой диссертации.

Становление обязательной системы регистрации и учета ПЗ в России имеет длительную историю. Она была введена в 1924 г. совместным Постановлением Народных комиссариатов труда и здравоохранения «Об обязательном извещении о профессиональных отравлениях и заболеваниях». До этого в стране регистрировались только отдельные группы профессиональных болезней, главным образом острые отравления, профессиональные инфекции, кессонная болезнь и некоторые другие заболевания, которые можно было трактовать как несчастные случаи.

В 1939 г. Народным комиссариатом здравоохранения было принято новое «Положение об извещении и регистрации профессиональных отравлений и профессиональных заболеваний», вводилась персональная система учета больных с профессиональными заболеваниями. В отчетную форму в отдельные годы вносились изменения. Так, с 1966 г. отчет стал составляться по отдельным министерствам и ведомствам, а не по отраслям промышленности; в 1970 г. в него дополнительно были введены новые графы.

Принятая в 1939 г. система регистрации и учета ПЗ просуществовала до 1986 г., т.е. почти 50 лет. Она не содержала сведений о причинах профессиональной патологии, параметрах неблагоприятных факторов, воздействующих на пострадавшего, характере выполняемой работы, мероприятиях, направленных на устранение этих причин, сведений о состоянии пострадавшего на момент расследования профессионального заболевания. Отсутствовали также необходимые сведения о заболевшем: его поле, возрасте, профессиональном маршруте, стаже работы в данной профессии и т.д. Система не обеспечивала получение исчерпывающей информации, позволяющей проводить углубленный причинно-следственный анализ профессиональной заболеваемости.

В 1986 г. в СССР (а с момента распада СССР в 1991 г. и в России) действует новая Система обязательной

регистрации ПЗ. В РФ ведение государственного учета ПЗ (отравлений) возложено на государственную санитарно-эпидемиологическую службу. Действующая в настоящее время система учета и регистрации ПЗ предусматривает централизованный сбор первичного материала в структуре Департамента Роспотребнадзора Минздрава РФ. Порядок выявления ПЗ определен Приказом 1996 г.

Новая система не имеет принципиальных отличий от предыдущей – система расследования, регистрации и учета ПЗ осталась практически прежней, подвергшись лишь некоторой корректировке. Одним из нововведений 2000 г. является обязательность выполнения «Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний» всеми лечебно-профилактическими учреждениями, независимо от ведомственной подчиненности, организационно-правовой формы и формы собственности. Таким образом, лечебно-профилактические учреждения Министерства внутренних дел РФ, Министерства обороны РФ, Министерства юстиции РФ, Федеральной пограничной службы РФ и многих других ведомств, которые ранее не представляли информацию о ПЗ в Федеральный центр Роспотребнадзора, теперь обязаны это делать.

Важным нововведением также является утверждение унифицированной формы «Санитарно-гигиенической характеристики условий труда работника при подозрении у него профессионального заболевания (отравления)» и инструкции по ее составлению. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда оформляется и выдается только центром Роспотребнадзора. Она составляется целенаправленно, с учетом предварительного диагноза профессионального заболевания. В ней, в обязательном порядке, должны быть указаны характеристики всех вредных факторов производственной среды и трудового процесса, режимов труда, которые могли привести к ПЗ (отравлению). Количественная характеристика вредных факторов производственной среды должна быть представлена в динамике, за максимально возможный период работы в профессии. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда (при объективном ее составлении!) является важнейшим документом, подтверждающим либо опровергающим профессиональный характер заболевания.

Ежегодно Федеральный центр Роспотребнадзора проводит анализ состояния профессиональной заболеваемости в России, составляет годовой отчет и публикует его в виде информационных бюллетеней. Однако информация, содержащаяся в бюллетенях, недостаточна для полного представления о структуре профессиональной заболеваемости в отдельных регионах и отраслях экономики, уровнях профессиональной заболеваемости по отдельным нозологическим формам в отраслевом и профессиональном разрезе, распределении больных по стажу работы и о других важных показателях. В бюллетенях последних лет отсутствует информация о частоте отдельных форм ПЗ и отравлений; приводится лишь удельный вес отдельных форм патологии от общего числа пострадавших, что является весьма малоинформативным. Вследствие этого проследить динамику изменения показателей по конкретным формам ПЗ и провести сравнительный анализ (отраслевой, региональный, профессиональный и др.) по данным

бюллетеней не представляется возможным. При анализе материала бюллетеней нередко выявляются методические ошибки и статистические погрешности, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования статистики профессиональной заболеваемости. Отсутствует возможность слежения за динамикой течения, развития, исходами ПЗ; при анализе материалов отсутствует должное взаимодействие между центрами Роспотребнадзора и лечебно-профилактическими учреждениями, в которых устанавливался диагноз ПЗ и осуществлялось динамическое наблюдение за больными.

Характеризуя в целом ситуацию с ПЗ в РФ, следует заметить, что бюрократическая многоэтапность и запутанность процедуры установления предварительного и окончательного диагноза ПЗ приводит к частому возникновению конфликтных ситуаций, задержке направления больных в центры профпатологии, возможности сокрытия заболеваний, судебным разбирательствам.

Сегодня Региональные центры профпатологии в лучшем случае имеют информацию о ежегодной впервые выявляемой профессиональной патологии и не располагают сведениями о контингентах больных в своем регионе, и, тем более, не могут оценить течение, развитие и исходы ПЗ, выяснить частоту осложнений при различных формах ПЗ и др. Это свидетельствует о необходимости безотлагательно пересмотра сложившейся ситуации.

В условиях реформирования социально-экономических отношений в России качество оказания медицинской помощи работающим заметно ухудшилось. Существующая в настоящее время система здравоохранения не обеспечивает приоритетное медико-санитарное обслуживание работающих. В связи с этим необходима разработка комплекса мер по охране здоровья и организации медицинской помощи работающим, которая должна основываться на достоверной информации о состоянии их здоровья.

Особую социальную значимость в настоящее время приобретает достоверная информация о профессиональной заболеваемости для оценки и управления профессиональными рисками, в которой заинтересованы многие государственные структуры. Эта информация необходима специалистам Роспотребнадзора для решения вопросов, связанных с оздоровлением условий труда и предупреждением профессиональных заболеваний. В связи с реализацией Федерального закона № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» статистика профессиональной заболеваемости востребована работниками Фонда социального страхования РФ для рационального использования средств на возмещение ущерба и реабилитацию больных и инвалидов вследствие профессиональных заболеваний, а также на их профилактику.

Чрезвычайно важна объективная статистика профессиональной заболеваемости для профпатологической службы, которая до настоящего времени не имеет собственного информационного обеспечения. В настоящее время государственная система учета, расследования и регистрации ПЗ позволяет получать информацию только о ежегодно выявляемых больных, а в системе социального страхования учитыва-

ются лишь страховые случаи, связанные с ПЗ. Таким образом, полные и достоверные данные о контингенте больных и инвалидов с ПЗ и их движении в настоящее время фактически отсутствуют. Сегодня профпатологическая служба не располагает достаточным для всестороннего анализа профессиональной заболеваемости объемом информации; служба лишена собственной информационной системы, до сих пор не создан единый регистр ПЗ, позволяющий автоматизировать систему учета и регистрации больных с ПЗ и отслеживать течение и исходы заболеваний [5].

Обзор научных публикаций по профессиональной заболеваемости в России (с акцентом на регионы Севера), 1980–2010 гг.

Систематический поиск научных публикаций по теме отечественной профпатологии был проведен на основе рецензируемой научной периодики, входящей в международную библиографическую базу Medline, и каталога Российской национальной библиотеки за период 1980–2010 гг. Использовались поисковые термины «профессиональные болезни», «профессиональная заболеваемость», «профессиональная патология», «здоровье работающих», «медицинские осмотры», «условия труда» и сокращенные формы вышеуказанных терминов. Две трети обнаруженных в ходе первичного поиска статей были исключены из дальнейшего анализа по нескольким основным причинам. Среди всего массива публикаций только единичные статьи могли быть отнесены к комплексным эпидемиологическим исследованиям в области профессионального здоровья в России в целом, и в северных регионах в частности; это означает, что всего лишь отдельные авторы предпринимали попытки оценить связь факторов производственной среды со здоровьем работающих. Большинство статей характеризовались описательной манерой изложения информации, наиболее часто материалы содержали оценку отдельных факторов (поллютанты воздуха рабочей зоны, шум, вибрация, микроклимат и т.д.) без анализа временной динамики; многие статьи были посвящены физиологическим, сердечно-сосудистым, респираторным, опорно-двигательным, гормональным, иммунологическим и другим параметрам состояния здоровья работающих без выявления зависимостей экспозиция – эффект; немало работ было связано с анализом состояния здоровья вахтовиков, общей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (общие соматические, простудные заболевания и т.д.). Таким образом, подавляющее большинство исследований были направлены на изучение отдельных производственных факторов или узких аспектов профессиональной патологии без оценки их возможной корреляции.

Сложившееся положение в науке (медицине труда) очевидно обусловлено состоянием дел в государственных службах, связанных с охраной труда, гигиеной труда и профпатологией. Критическому анализу данной темы посвящена основная часть научных публикаций, представленных в этом разделе.

Первые робкие попытки критики организации профпатологической службы появились в российской научной периодике во второй половине 1980-х гг. на

заре горбачевской перестройки. В 1982–1984 гг. в период строительства газопровода из Уренгоя (Ямал) одному врачу приходилось обслуживать в среднем 330 рабочих и более 80 пациентов из общего населения ближайшего поселка, постоянно перемещаясь вместе с персоналом с одного места строительства на другое в специально оборудованной бытовке [4]. Условия труда строителей газопровода не соответствовали гигиеническим нормативам: 74% рабочих подвергались высоким уровням шума и вибрации, 78% – экспозиции к нефтепродуктам, 81% жили в бытовках крайне скученно (4–5 м²/чел).

Первые активно критические публикации в адрес качества диагностики и регистрации профессиональных болезней стали заметны в российских журналах лишь к концу 1990-х гг.

В 1997 г. НИИ гигиены и профпатологии в Нижнем Новгороде опубликовал данные о существенном росте уровня ПЗ в Нижегородской области с 1990 г., который авторы связывали со спадом производства, ухудшением общей экономической и социально-политической ситуации в стране, послужившей причиной более активного обращения рабочих вредных профессий в профпатологические учреждения [11]; происходило это на фоне значительного снижения выявляемости профзаболеваний. Проведенный анализ показал рост в регионе сочетанной патологии (вибрационная болезнь + пылевой бронхит + нейро-сенсорная тугоухость и др.), составившей более 20% случаев, а также рост инвалидизации по причине профзаболеваний. У первично выявленных больных наблюдались более выраженные клинические формы, соответствующие более высокой степени утраты трудоспособности. Причиной сложившейся ситуации авторы считают, прежде всего, нежелание администраций предприятий направлять рабочих вредных профессий на обследование, так как выплаты лицам, утратившим трудоспособность (даже частично), ложатся на предприятия, многие из которых находятся на грани банкротства. С другой стороны, из-за боязни потерять работу сами рабочие избегают обращения к врачам, особенно на начальных стадиях болезни.

80% предприятий в регионе в ходе «реформ» стали частными, внедряемые механизмы рыночной экономики не сопровождались адекватными мерами по обеспечению безопасных и безвредных условий труда и сохранению здоровья работающих. Более того, можно констатировать разрушение сети медико-санитарных частей на предприятиях, ранее обеспечивающих соответствующий надзор. Качество медицинской помощи работающим стало неудовлетворительным, отношение к предварительным и периодическим медицинским осмотрам – формальным. К проведению осмотров привлекаются врачи, не имеющие элементарной подготовки по специальности. Отсутствие документов, регламентирующих четкий порядок проведения осмотров, породило нездоровое положение, когда руководители предприятий легко избегают контактов со специалистами-профпатологами. Погоня за сиюминутной выгодой оборачивается для предприятий через несколько лет ощутимым финансовым ярмом за счет инвалидизации, в т.ч. высококвалифицированных работников трудоспособного возраста. В результате растет число судебных разбирательств между рабочими и работодателями. При этом для предприятий не разработан механизм

отстранения от дальнейшего контакта с вредными факторами лиц с начальными признаками профзаболевания. Весьма ограничены возможности трудовой и социальной реабилитации профбольных. Авторы делают вывод о назревшей необходимости введения юридической ответственности работодателя за сокрытие профессиональных заболеваний и обеспечение безопасных и безвредных условий труда и об острой необходимости разработки и законодательного внедрения на государственном уровне эффективного экономического механизма повышения заинтересованности работодателей (всех форм собственности) в сохранении здоровья работников [11].

Проблемы профпатологии в никель-кобальтовой промышленности были проанализированы сотрудниками научно-исследовательской лаборатории комплексных проблем гигиены с клиникой профессиональных болезней, г. Кировск Мурманской области [1]. Отмечено, что, несмотря на значительные материальные затраты, существенного улучшения условий труда в отрасли не произошло, интенсификация производства не обеспечена радикальными мероприятиями по снижению загрязнения воздуха рабочих зон, ликвидации тяжелого ручного труда, совершенствованию средств индивидуальной защиты. Гигиеническая оценка условий труда показала, что ни один из применяемых в настоящее время промышленных способов рафинирования никеля не обеспечивает безопасности и безвредности производства. В воздухе пирометаллургических цехов максимальное превышение допустимых уровней загрязнения нестервимируемыми соединениями никеля достигает сотен раз, в карбонильном производстве концентрация паров тетракарбонила никеля в 100–1000 раз превышает предельно допустимый уровень (ПДУ). Среди рабочих значительно распространены хронические заболевания органов дыхания, кровообращения, кожи, эндокринной и мочевыделительной систем; уровень канцерогенного риска среди лиц, проработавших в никелевом производстве более 1 года, в 3,6 раза выше, чем среди населения. Выявляемость профессиональных заболеваний в отрасли составила лишь 2% от фактического уровня! Показатели реальной распространенности ПЗ по результатам углубленного медицинского обследования основного производственного персонала достигают 510 случаев на 10 000 работающих [1].

В последние годы (конец 2000-х) целая серия статей, демонстрирующих несостоятельность российской системы охраны труда и здоровья работающих, появилась на страницах уважаемых научных журналов.

Анализ качества и эффективности работы службы профпатологии в Республике Башкортостан (в контексте общероссийского положения дел) изложен в совместной публикации специалистов НИИ медицины труда РАМН и Управления Роспотребнадзора по Республике Башкортостан [25]. Авторы констатируют, что происходящие в стране экономические преобразования привели к практической ликвидации традиционно сложившейся в предшествующие годы развития страны системы медицинского обслуживания промышленных рабочих. Врачебные и фельдшерские здравпункты, медсанчасти на пред-

приятнях, санатории-профилактории, спортивно-оздоровительные комплексы, центры здоровья, учреждения общественного и диетического питания, детские оздоровительные учреждения – от всего этого и многого другого в условиях рыночной экономики сочли необходимым избавиться даже наиболее крупные предприятия. Это сыграло решающую роль в низкой выявляемости ПЗ, т.к. профосмотры работников теперь осуществляются врачами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) общей лечебной сети, которые имеют слабую подготовку в области профпатологии, не владеют навыками дифференциальной диагностики и не способны отличить общее заболевание от профессионального.

Важным аспектом проблемы является отсутствие сегодня в стране системы статистического учета и отчетности показателей здоровья работников по результатам периодических медосмотров (ПМО) и единой унифицированной утвержденной формы заключительного акта, равно как и по показателям оценки условий труда работников. Таким образом, органы государственного надзора и контроля не имеют объективных данных для сопоставления фактических условий труда по данным аттестации рабочих мест с показателями состояния здоровья работников по результатам ПМО, что делает невозможной дальнейшую работу с информацией – оценку качества и эффективности профилактических мероприятий, оценку профессиональных рисков воздействия производственных факторов, и какие-либо научные исследования в области гигиены труда и профпатологии.

В Башкортостане проведен анализ динамики ПЗ за период 1968–2008 гг. на основе республиканского регистра ПЗ (создан в 1997 г.), результатов ПМО и данных статистики по условиям труда. Уровень ПЗ на протяжении четырех десятилетий никогда не достигал 3 случаев на 10 000 работающих. Для решения вопроса о том, насколько регистрируемый уровень ПЗ отражает фактические условия труда, были проанализированы материалы официальной статистики о численности работников, занятых во вредных и опасных условиях труда. Анализ заключительных актов результатов ПМО показал, что официальные данные по численности лиц, подлежащих ПМО в Башкортостане, примерно в два раза ниже численности лиц, занятых во вредных и опасных условиях труда, т.е. как минимум половина работников, подверженных вредному воздействию факторов производства, не охвачены медосмотрами. Расчет реального числа ПЗ на основе выборочного статистического наблюдения по форме Т-1 (условия труда) и анализа среднего стажа работы во вредных условиях показал, что в Башкортостане за последнее десятилетие в среднем ежегодно впервые ПЗ диагностируется лишь у 0,08% от численности потенциальной группы риска. Подозрения на ПЗ фиксируются лишь в половине ЛПУ, регулярно проводящих ПМО; в остальных организациях в течение многих лет не было выявлено ни одного случая подозрений на ПЗ, несмотря на регулярность осмотров и широкий охват контингентов работающих. Различия в частоте подозрений на ПЗ между организациями достигают 100 раз; в среднем подозрения на ПЗ составляют лишь 0,2% от общего числа осматриваемых. Данный факт является одной из главных причин неоправданно низкого уровня регистрируемых ПЗ в Башкортостане и в целом в РФ.

Сделан вывод, что реальная численность впервые выявляемых ПЗ должна быть как минимум на порядок больше официально регистрируемого количества [25].

Проблемы охраны здоровья работающего населения России рассмотрены в публикации специалистов НИИ медицины труда РАМН [8]. Отмечено, что в стране наблюдается интенсивный рост общего числа инвалидов с 7,9 млн человек в 1997 г. до 13,0 млн в 2007 г., когда доля инвалидов в общей численности взрослого населения РФ (в возрасте 18 лет и старше) составила около 11%! В 2006 г. впервые признано инвалидами свыше 500 000 человек трудоспособного возраста, причем каждый пятый из них утратил трудоспособность за 10 и более лет до наступления пенсионного возраста.

Главными факторами роста смертности и инвалидизации населения явились резкое ухудшение социально-экономического положения, снижение качества и доступности медицинской помощи и разрушение системы медико-профилактического обслуживания работников. Кроме того, на фоне нового для страны явления – безработицы – в сочетании с традиционно низкой «ценой человеческой жизни» возникла «расточительность» предпринимателей в отношении трудовых ресурсов. Это привело к массовому ухудшению условий труда, но росту его интенсивности, особенно на малых предприятиях, что в свою очередь ведет к истощению физических и психофизиологических возможностей работников, их трудоспособности.

Авторы подробно рассматривают изъяны в действующей схеме постановки диагноза ПЗ, начиная с подозрения на ПЗ, оценивая качество и эффективность ПМО. Сегодня не представляется возможным оценить эффективность своевременного выявления ПЗ по информации, полученной после окончания ПМО. Это связано с тем, что в результате проведения ПМО устанавливается лишь подозрение на ПЗ; процедура установления окончательного диагноза ПЗ в центрах профпатологии (ЦПП) отделена во времени от завершения ПМО, еще позже происходит установление степени утраты трудоспособности в учреждениях медико-социальной экспертизы (МСЭ). Данные ЦПП, и особенно результаты МСЭ могут относиться к году, следующему после проведения ПМО. Как правило, существенные скачки в регистрируемых уровнях ПЗ в соседние годы, связаны не с резкими изменениями в состоянии здоровья обслуживаемого контингента, а с качеством экспертизы или изменением социально-экономической и политической ситуации. Без наличия постоянно обновляемых автоматизированных систем (регистров) сегодня невозможно осуществлять мониторинг состояния здоровья работников от предварительного профосмотра при поступлении на работу до увольнения (в случае ПЗ – до конца жизни), отслеживать лиц с начальными формами ПЗ, формировать группы риска. В итоге авторы заключают, что система охраны здоровья работающего населения России сегодня находится лишь на стадии становления [8].

Независимая проверка организации и качества проведения ПМО работников нефтегазодобывающих и перерабатывающих предприятий Группы

ТНК-ВР в ЛПУ разных форм собственности (одного ведомственного, двух муниципальных и одного частного) в Тюменской и Оренбургской областях была проведена специалистами НИИ медицины труда [9]. Действующее законодательство позволяет заключать договоры на проведение ПМО с любыми ЛПУ, имеющими соответствующую аккредитацию. Выбор предприятиями исполнителей ПМО в большинстве случаев определяется низкой стоимостью работы, что, как правило, влечет за собой и низкое качество осмотров. Предприятие вправе заключать договоры на проведение ПМО с любыми аккредитованными ЛПУ, что также ухудшает качество работ вследствие загромождения передачи результатов предыдущего осмотра (и амбулаторных карт) другому ЛПУ. В этой ситуации становится затруднительным наблюдение в динамике за состоянием здоровья работников, своевременное установление начальных признаков ПЗ, выявление общих заболеваний, являющихся противопоказаниями для продолжения работ во вредных условиях, профилактика инвалидности и несчастных случаев.

Каждое из четырех проверенных ЛПУ проводит осмотры ежегодно 3–5 тысяч работников занятых во вредных условиях труда, охват осмотрами на всех ЛПУ составляет 98–100%. При этом ни в одной из четырех клиник за период 2006–2008 гг. не было выявлено ни одного случая ПЗ и ни одного подозрения на ПЗ – среди 16 тысяч работников! В заключениях по результатам проведенных ПМО значатся лишь следующие позиции: «впервые выявлено общих заболеваний» – 1,9–7,3%; «нуждается в диспансерном наблюдении» – 1,1–13,5%; «нуждается в переводе на другую работу» – 0,9–2,3%; «допущено к работе с ограничениями» – 0–8,2%; «нуждается в дополнительном обследовании» – 1,1–10,8%.

В ведомственном ЛПУ отсутствует внешний контроль его деятельности, т.к. руководство предприятия не заинтересовано в том, чтобы проводить экспертную оценку качества оказания услуг собственного подразделения, в результате чего работа ведомственной клиники прежде всего направлена на выявление общих, а не профессиональных заболеваний. Выявление ПЗ неизбежно повлечет за собой направление работника в профцентр для дообследования, затраты на реабилитацию больного, дополнительные вложения в охрану труда и т.д., чего предприятие, естественно, старается избежать. Из недостатков оформления документации в ведомственном ЛПУ отмечено отсутствие в амбулаторных картах заключений о состоянии здоровья работников (указана лишь годность к работе), отсутствие подписей всех членов комиссии, отсутствие в комиссии ряда врачей-специалистов, без которых проведение ПМО невозможно, отсутствие рекомендаций по внедрению оздоровительных мероприятий на основе результатов проведенных ПМО, и т.д.

В муниципальных ЛПУ отмечены недостаточная квалификация специалистов, их слабая осведомленность о специфике труда, вредных и опасных факторах, гигиене труда, особенностях медицинского обслуживания на производстве. При этом муниципальные ЛПУ более «смело» подозревают и выявляют ПЗ, т.к. заинтересованы в этом. Частные ЛПУ, наоборот, совсем не заинтересованы в выявлении ПЗ, т.к. боятся потерять заказчика и лишиться доходов.

Для ЛПУ всех форм собственности выявлены общие недостатки – слабая подготовка врачей по профпатологии, постоянная ротация кадров; большинство врачей по результатам осмотров не дают медицинского заключения о состоянии здоровья, указывают лишь годность к труду; амбулаторные карты оформляются небрежно и с нарушениями требований, практически никогда не назначаются лечебно-профилактические мероприятия, даются лишь направления на консультацию специалистов. Везде выявляется нехватка медицинского диагностического оборудования – при контакте работника с шумом не проводится аудиометрия, при воздействии вибрации не определяется вибрационная чувствительность, при электромагнитном воздействии не оценивается содержание тромбоцитов и ретикулоцитов в периферической крови, при работе на высоте не исследуется вестибулярный аппарат. В клиниках просто отсутствуют вибротестеры, аудиометрические кабины и прочее необходимое оборудование, т.е. не выполняется приказ № 90. Все вышеперечисленное не просто снижает качество ПМО, а делает его необъективным и формальным, что ведет в итоге к несвоевременной диагностике начальных признаков ПЗ, позднему выявлению запущенных форм патологии, развитию профессиональной инвалидности. Авторы приходят к выводу о крайней необходимости привлечения независимых экспертов к оценке медицинских осмотров с целью повышения их качества [9].

Ранее уже говорилось о том, что официальные показатели ПЗ в Магаданской области в 2004–2008 гг. были крайне низки (1,3–3,2 случая на 10 000 работающих) [31]. Проведенный углубленный анализ ПЗ шахтеров в регионе (1981–2000 гг.) силами НИИ медицины труда и экологии человека Сибирского отделения РАМН (Ангарск) показал, что регистрируемые уровни ПЗ не отражают истинного положения дел, особенно среди шахтеров Севера, испытывающих неблагоприятное сочетанное воздействие условий труда и климата [21]. Резкое ухудшение экономического положения предприятий на Севере было вызвано реструктуризацией горнодобывающей отрасли в 1996–2000 гг., приведшей к закрытию крупных россыпных шахт, образованию на их базе негосударственных артелей и малых предприятий, сокращению численности работающих, интенсификацией и ухудшением условий труда. ПМО в новых частных предприятиях практически были прекращены. Должное внимание к проблеме охраны труда шахтеров отсутствует на всех уровнях, прикрываемое низкими официальными показателями ПЗ.

Анализ 20-летних данных по ПЗ работников шахт Магаданской области показал, что действительные показатели ПЗ таковы: среди рабочих промышленной сферы – 35–61 случай/10 000 работающих, среди рабочих основных цехов и производств (наземные работы) – 52–93 случая/10 000, среди шахтеров (подземные работы) – 266–398 случаев/10 000. Это в десятки и сотни раз выше данных официальной статистики.

Действительные уровни заболеваний вибрационной болезнью (локальная вибрация) среди подземных горнорабочих, занятых бурением, при расчете на численность таковы (число случаев на 10 000 работающих): промышленно-производственный персонал (официально принятый расчет по всему предприя-

тию) – 19,8; работающие на основных производствах – 49,4; подземные рабочие – 222,6; рабочие виброопасных профессий – 436,0. Но по результатам углубленного медосмотра подземных бурильщиков уровни вибрационной болезни составили 3900, а среди бурильщиков со стажем 5 лет и более – 6400. Это означает, что 64% опытных шахтеров-бурильщиков больны вибрационной болезнью! Авторы также обращают внимание на факт ускоренного развития вибрационной болезни у шахтеров на Севере (в среднем через 8,8 лет, что примерно в 2 раза быстрее, чем в Центральной России), так как большинство шахт в регионе характеризуются низкими температурами, часто отрицательными [21].

Специалистами Екатеринбургского медицинского научного центра профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий Роспотребнадзора критически оценивается положение дел в области охраны труда и профпатологии в Свердловской области [14]. Отмечено, что действующие в настоящее время нормативные правовые акты, в том числе по социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и ПЗ, не обеспечивают должной мотивации работодателей по объективному контролю условий труда. Несмотря на предусмотренную Трудовым кодексом РФ обязанность работодателя проводить аттестацию рабочих мест по условиям труда, она выполняется далеко не всех предприятиях. Особую тревогу вызывает сфера малого и среднего бизнеса, а также государственные и муниципальные структуры, где занята почти половина работающего населения области, а контроль условий труда практически не ведется. Серьезную озабоченность вызывает качество проведения аттестации рабочих мест по условиям труда силами «карликовых» лабораторий с узкой областью аккредитации сомнительного происхождения, которые готовы в экстремально короткие сроки по ценам значительно ниже среднерыночных выполнить работу, не сильно беспокоясь о ее качестве. Эти лаборатории, как правило, не обеспечены квалифицированными кадрами и не располагают необходимой лабораторной базой; даже ведущие факторы производственной среды (особенно химические) исследуются далеко не в полном объеме; в основной массе санитарно-гигиенических характеристик уровни разовых замеров (вместо продекларированного в 176 Приказе о мониторинге) соответствуют оптимальным или допустимым нормам. Все это совершенно искажает результаты аттестации и по сути дискредитирует саму идею гигиенического контроля условий труда. Отсутствие достоверных материалов лабораторных исследований не позволяет определить вклад условий труда в формирование той или иной профессиональной патологии, и связать заболевание с профессией.

В 2004 г. из 2,1 млн работающего населения Свердловской области 528 000 человек трудились во вредных и опасных условиях (каждый четвертый) и, следовательно, подлежали ПМО. При этом 120 000 работников (каждый четвертый из подлежащих ПМО) имели медицинские противопоказания, т.е. должны были быть выведены из вредных производств (согласно действующему трудовому законодательству), что, по сути, вызвало бы реальный экономический коллапс области [14].

Оценка деятельности профпатологической службы в Красноярском крае дана специалистами Красноярского медицинского университета совместно с Краевой клинической больницей и Краевым центром профпатологии [33]. Констатируется, что в 1990-х гг. позиции клинической профпатологии были утрачены – резко сократилось число медсанчастей, снизилось качество ПМО и профилактической работы, ухудшилась диагностика ПЗ. Из 1,3 млн работающих в крае каждый шестой трудится во вредных и опасных условиях, а каждый второй – в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. Остро стоит проблема недо выявления и сокрытия ПЗ. Среди впервые выявленных заболеваний превалирует хроническая патология (87–100%)! Существенно участились заболевания, связанные с физическими нагрузками и перенапряжением отдельных органов и систем, что свидетельствует об интенсификации труда, сопровождающейся нарушениями трудовых норм и гигиенических нормативов [33].

Оценка динамики ПЗ и качества ПМО в Архангельске проведена специалистами Северного медицинского университета (Архангельск) с участием НИИ медицины труда РАМН [26]. Было показано, что существенные изменения уровней ПЗ при анализе их 25-летней динамики (1978–2002) связаны, прежде всего, с качеством проведения ПМО и их экспертной оценкой. Так, в 1978–1988 гг. уровни ПЗ работающего населения Архангельска существенно не отличались от соответствующих показателей по Архангельской области и России (0,8–1,8 случая на 10 000 работающих). В 1989–2000 гг. уровни ПЗ в Архангельске резко возросли (в среднем до 14,1), что напрямую связано с открытием в городе отделения профпатологии и регулярным проведением экспертной оценки полноты и качества проводимых ПМО. Но в 2000–2002 гг. уровни ПЗ в городе вновь резко снизились до прежних значений (1978–1988), что было обусловлено прекращением экспертной деятельности центра профпатологии. Авторы считают, что данный факт исключает возможность многолетнего анализа причинно-следственных связей в развитии заболеваний, обусловленных воздействием факторов производственной среды [26].

Активным критиком сложившейся в отечественной системе охраны труда и профпатологии выступил и глава Роспотребнадзора, главный государственный санитарный врач РФ, академик РАМН Г.Г. Онищенко. В своей статье [17] он подробно изложил причины и подоплеку столь серьезного положения дел.

В 2006 г. удельный вес работающих в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам в РФ, составил 23,4% (около 50% из них – женщины), в то время как почти 80% предприятий страны относились к опасным и неблагоприятным для здоровья. Самыми неблагоприятными остаются условия труда в угольной, судостроительной промышленности, черной и цветной металлургии, сельском хозяйстве, тракторном, дорожно-строительном, энергетическом и сельскохозяйственном машиностроении, производстве строительных материалов, строительстве, лесозаготовке.

Наибольшее число работающих во вредных и опасных условиях труда занято на предприятиях не-

государственной формы собственности. Во многих субъектах РФ наблюдается резкое сокращение объемов работ и финансирования мероприятий по улучшению условий труда. Такие мероприятия на многих предприятиях сведены к минимуму или не разрабатываются вообще, финансирование их крайне ограничено, ликвидированы ведомственные санитарно-промышленные лаборатории, утрачен производственный контроль условий труда.

Очевиден спад производства и неустойчивая работа многих предприятий; износ основных средств производства (машин и оборудования) достигает 70% и даже 90%. Наблюдается повсеместное сокращение объемов капитального и профилактического ремонта промышленных зданий, сооружений и оборудования. Существенно сокращены работы по реконструкции и техническому перевооружению, созданию и закупке новых современных безопасных производственных технологий, машин и механизмов. Крайне низкой стала квалификация, уровень санитарной культуры, производственной дисциплины, знания санитарного законодательства среди нынешних административно-технических руководителей производств. Процессы раздела, перераспределения производственных ресурсов и собственности сопровождаются образованием новых юридических лиц без ответственности за производство.

На многих предприятиях сохраняется очень высоким процент использования тяжелого ручного труда (до 70% производственных операций), недопустимо высоки уровни многих вредных факторов производства, нарушаются требования к продолжительности рабочего дня и недели, отсутствуют регламентированные перерывы в работе, допускаются сверхнормативные нагрузки. Часто выявляются грубые нарушения санитарного законодательства в области охраны труда и профилактики заболеваний. На предприятиях малого и среднего бизнеса, нередко открывающихся самостоятельно без соответствующих заключений Роспотребнадзора, нарушаются требования в части планировочных решений, использования оборудования, обеспечения средствами защиты, функционирования систем очистки воздуха, канализации, соблюдения регламента санитарно-защитных зон, организации контроля условий труда, проведения медосмотров.

Очевиден парадокс: ежегодное снижение числа профзаболеваний в стране (данные официальной статистики) происходит на фоне неудовлетворительных условий труда на большинстве производств. Единственным объяснением данного парадокса является недовыявляемость профессиональных заболеваний, которая ведет к инвалидизации работников и усугублению и без того сложной медико-демографической ситуации в РФ.

Основными причинами неполного и позднего выявления ПЗ являются следующие:

- недостаточный охват и низкое качество профилактических медицинских осмотров, проводимых на договорной основе, т.е. финансируемых работодателем, заинтересованным в положительных результатах;
- низкая квалификация (по профпатологии) и небросовость медработников, плохая организация, слабая материально-техническая база ЛПУ, проводящих осмотры;

- незаинтересованность работодателя в выявлении ПЗ в связи с угрозой страховых выплат;
- сокрытие работниками ранних признаков ПЗ с целью сохранения работы, но приводящее к инвалидности, компенсируемой государством;
- сокращение числа медсанчастей, здравпунктов и цеховых терапевтических служб.

К началу 1990-х гг. в системе здравоохранения функционировало свыше 1000 медико-санитарных частей различной ведомственной принадлежности, более 1500 врачебных и 20 000 фельдшерских здравпунктов, в промышленном здравоохранении работало около 80 000 врачей. Сегодня эта система практически уничтожена, функции медсанчастей переданы территориальным ЛПУ.

В настоящее время профилактические медосмотры не выполняют своей главной функции – выявления на ранней стадии признаков ПЗ, вследствие чего резко растет позднее выявление заболеваний, хронизация болезней и инвалидизация работников. Более 70% ПЗ сейчас выявляются не во время профосмотров, а при обращении самих работников к врачу при уже запущенных формах патологии. Удельный вес хронических ПЗ в 2006 г., выявленных при профосмотрах, составил 68%!

Значительно осложняет ситуацию отсутствие законодательных актов, ограничивающих стаж работы во вредных условиях и продолжительность рабочей смены. Способствует утрате профессионального здоровья также отсутствие своевременной, полной и качественной медицинской помощи работающим, отсутствие единой четкой системы медико-социальной и медико-профессиональной реабилитации с использованием возможностей ЛПУ, санаторно-курортного лечения. Немаловажную роль в данном контексте играет и отсутствие у работников мотивации к сохранению и укреплению собственного здоровья, ведению здорового образа жизни [17].

Профессиональная заболеваемость в Мурманской области

Оценка ПЗ в Мурманской области осуществлена нами на основе созданной в 2001 г. (и пополняемой ежегодно) компьютерной базы данных ПЗ по всей Мурманской области на базе научно-исследовательской лаборатории «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» в г. Кировске Мурманской области (далее НИЛ), являющейся филиалом головного учреждения, находящегося в Санкт-Петербурге. На базе НИЛ с 1962 г. функционирует областной профцентр, проводящий экспертизу связи заболеваний с профессией и установление диагнозов ПЗ. Клиника осуществляет диспансерный учет больных ПЗ со всех предприятий Мурманской области и регулярное лечение больных с профессиональными заболеваниями.

Подозрение на ПЗ диагностируется либо в поликлинике по месту жительства работника, либо специалистами при проведении ПМО. Пациент с предварительным диагнозом, направлением ЛПУ и санитарно-гигиенической характеристикой профессии, подготовленной местными органами Роспотребнадзора по запросу ЛПУ, направляется в клинику НИЛ. Окончательный диагноз ПЗ ставится в клинике НИЛ по результатам детального объектив-

ного обследования с участием специалистов профпатологов, с применением различных лабораторных методов исследования, в зависимости от диагноза – клинико-биохимических, рентгенологических, физиологических, включая динамометрию, спирометрию, ЭКГ, определение холодовой и вибрационной чувствительности, аудиометрию и т.д. (лаборатория оснащена всем необходимым оборудованием).

База данных содержит все подтвержденные случаи ПЗ по Мурманской области с 1953 г. (данные с бумажных носителей – карт диспансерного учета – переведены в электронный формат) с момента создания «Станции по борьбе с силикозом» треста «Апатит», в 1959 г. переименованной в «Мурманскую областную станцию по борьбе с силикозом», в 1962 г. – в «Мурманскую областную станцию гигиены труда и профзаболеваний», в 1980 г. – в «НИЛ комплексных проблем гигиены с клиникой профессиональных заболеваний». По каждому профбольному база данных содержит следующие сведения: ФИО больного, пол, дата рождения, предприятие, цех, профессия, стаж, дата взятия на учет, диагнозы ПЗ (от одного до шести), отметки о диспансерном наблюдении и профилактическом лечении (даты, амбулаторно или стационарно), срок явки для обследования и лечения, инвалидность с процентом утраты трудоспособности.

На рис. 4 представлена 30-летняя динамика уровней ПЗ в Мурманской области.

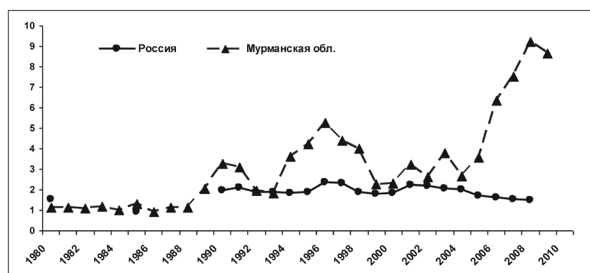


Рис. 4. Профессиональные заболевания (впервые выявленные случаи, включая отравления) в Мурманской области (база данных НИЛ) в сравнении с официальной статистикой по России, случаи на 10 000 работающих, 1980–2010 гг.

Значительный рост ПЗ в Мурманской области относительно уровня 1980-х гг. – трех- и пятикратный в начале и во второй половине 1990-х гг. и почти 10-кратный во второй половине 2000-х – может объясняться, прежде всего, «периодами активности» областного профцентра (НИЛ). Следует отметить, что кривая динамики ПЗ в Мурманской области в 2000-х гг. по данным НИЛ (рис. 4) идентична таковой по данным статистического ежегодника Мурманской области (рис. 1), в котором и использовались данные НИЛ.

Для выяснения причин зафиксированного роста ПЗ в Мурманской области был оценен «вклад» отдельных предприятий области в совокупное число ПЗ. Оказалось, что на двух предприятиях – ОАО «Апатит» и ОАО «Кольская ГМК» – абсолютное число впервые выявленных ПЗ составляет (за анализируемые годы) более 50% от общей совокупности ПЗ области, хотя численность работающих на этих предприятиях составляла не более 10% от общего

числа работающих области. Остальные 50% ПЗ распределяются среди 90% работающих области, значительная часть которых вообще не имеют контакта с вредными производственными факторами. Таким образом, наблюдаемое число ПЗ (50–400 случаев/год в 1980–2010 гг.), рассчитанное на общее количество работающих в области (350 000 – 550 000 человек), неинформативно по существу, т.к. вовсе не отражает состояние здоровья работающих в связи с условиями труда в области.

Профессиональная заболеваемость в ОАО «Апатит» и ОАО «Кольская ГМК»

Далее мы сфокусировали изучение структуры и динамики ПЗ конкретно на ОАО «Апатит» и ОАО «Кольская ГМК», имея в распоряжении всю необходимую для анализа информацию:

- годовая численность работающих в шахтах и цехах (исключая офисных работников);
- годовая численность работников, подверженных воздействию различных вредных и опасных производственных факторов (результаты аттестации рабочих мест);
- результаты медицинских осмотров работающих (данные ПМО);
- информация о внедрении на производстве нового оборудования и технологий;
- информация об изменениях в структуре, собственности, руководстве предприятий, об организациях, задействованных в аттестациях рабочих мест и проведении ПМО, о политических и экономических преобразованиях в регионе и др.

ОАО «Апатит» – предприятия горно-химического комплекса по добыче (несколько рудников и карьеров) и переработке (три обогатительные фабрики) апатито-нефелинового сырья; среднегодовая численность работающих составляла в период 1980–2010 гг. 14–22 тысячи человек. ОАО «Кольская ГМК» – предприятие по переработке сульфидных медно-никелевых руд, добываемых на Кольском полуострове и Таймыре; включает комбинат «Североникель» (среднегодовая численность работающих 10–13 тысяч человек) и комбинат «Печенганикель» (5–7 тысяч человек). В состав «Печенганикель» (г. Заполярный и п. Никель) входят два подземных рудника, два карьера, обогатительная фабрика, цех обжига, плавильный и сернокислотный цеха, автотранспортный, железнодорожный и другие цеха обеспечения производства. «Печенганикель» осуществляет добычу и начальные этапы переработки руды: измельчение, флотация на обогатительной фабрике, первичный обжиг и плавка до получения фанштейна, представляющего сплав сульфидов никеля, меди и железа. Все дальнейшие этапы рафинирования никеля и меди осуществляются в цехах комбината «Североникель» в г. Мончегорске, основными цехами которого являются плавильный и медный (объединены в металлургический цех), цех разделения фанштейна, рафинировочный и плавильный цех анодного никеля (объединены в рафинировочный цех), два цеха электролиза никеля, карбонильного никеля и сернокислотный цеха.

Мы не ставили целью обсуждение в данной публикации гигиенических характеристик условий труда множества профессий, задействованных в добыче и переработке руд; скажем только, что практически по

А.А. ДУДАРЕВ, Л.В. ТАЛЫКОВА

всем факторам производственной среды (прежде всего, по вибрации, шуму, тяжести физического труда, загрязненности воздуха рабочей зоны) отмечаются значительные превышения предельно допустимых уровней и концентраций, что в сочетании с климатическими особенностями Заполярья создает серьезный риск развития ПЗ у работников основных производств данных предприятий. НИЛ проводит гигиеническую оценку условий труда эпизодически в некоторых цехах «Апатита» с 1960-х гг. и в «Кольской ГМК» с середины 1970-х. В рамках аттестации рабочих мест такая работа стала регулярной для НИЛ на обоих предприятиях лишь с середины 1990-х, когда аттестация в стране стала обязательной.

ПМО работников данных предприятий специалисты НИЛ начали проводить на «Апатите» с середины 1990-х (практически все цеха были «закреплены» за НИЛ лишь с 2006 г.), в «Кольской ГМК» – с 2004 г. Эпизодические медицинские осмотры на этих предприятиях фрагментарно проводились усилиями НИЛ с 1980-х гг., в то время как основная забота о здоровье персонала лежала на медико-санитарных частях предприятий.

Целью наших исследований стало изучение на двух предприятиях уровней и динамики ПЗ среди рабочих основных цехов (лиц, действительно подверженных воздействию вредных производственных факторов), а также распространенности основных видов ПЗ среди групп работников, подверженных воздействию специфических факторов производства, являющихся причиной возникновения данных заболеваний: вибрационной болезни – среди лиц, контактирующих с локальной вибрацией, ПЗ опорно-двигательного аппарата – среди лиц с высоким уровнем физической нагрузки, тугоухости – с шумом, ПЗ органов дыхания – с аэрозольными и химическими загрязнителями воздуха рабочей зоны.

Общее число ПЗ на «Апатите» и «Кольской ГМК» (рис. 5) было рассчитано по годам на численность рабочих основных производств, контактирующих с одним или несколькими вредными факторами производств (исключая офисных работников). В период 1980–2010 гг. среднегодовая численность такой когорты на «Апатите» составляла 6000–9000 рабочих, на «Кольской ГМК» – 7000–10000.

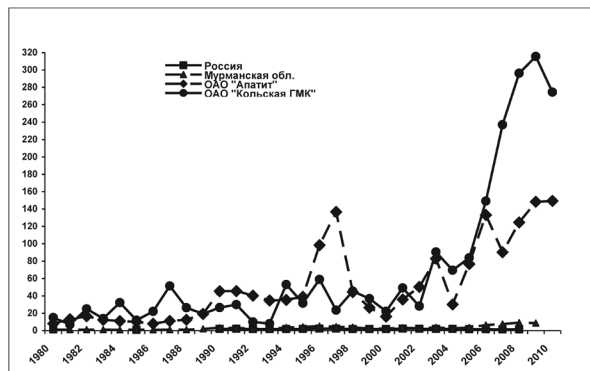


Рис. 5. Профессиональная заболеваемость (впервые установленные случаи, включая отравления) работников ОАО «Апатит» и ОАО «Кольская ГМК» (на 10 000 работающих в основных цехах) в сравнении с Мурманской областью и РФ (на 10 000 работающих), 1980–2010 гг.

Рис. 5 поражает чрезвычайно высокими уровнями ПЗ на обоих предприятиях (в основных цехах) по сравнению с таковыми в Мурманской области и России. Среднегодовые (за 30 лет) показатели ПЗ в «Апатите» оказались в 25 раз выше, чем в России, и в 15 раз выше, чем в области, в «Кольской ГМК» – в 30 и 20 раз соответственно; в 2000-х гг. различия возросли до 100–150 раз! Наиболее существенный рост ПЗ на «Кольской ГМК» в 2006–2010 гг. в значительной мере определялся периодом проведения ПМО работников предприятия специалистами НИЛ, имеющими более высокий уровень подготовки по профпатологии и гигиене труда, чем врачи муниципальных или ведомственных поликлиник. Рост ПЗ на «Апатите» отмечается уже в 1996–1997 гг., когда работники некоторых цехов начали проходить ПМО в НИЛ; однако затем наблюдается трехлетний спад показателей, вызванный уходом с работы в 1998 г. главного врача-профпатолога вместе с несколькими опытными специалистами. Выявляемость ПЗ (качество диагностики) стала вновь возрастать спустя несколько лет, когда вновь набранный персонал приобрел опыт, и когда работники обоих предприятий стали постоянно проходить ПМО в НИЛ (с середины 2000-х гг.).

В силу определенных различий в интенсивности экспозиции к конкретным вредным производственным факторам работников «Апатита» и «Кольской ГМК», наблюдаются и различия в структуре ПЗ на двух предприятиях. Если на «Апатите», где велика доля тяжелого физического труда, доминируют ПЗ опорно-двигательного аппарата (около 40% от общего числа ПЗ за наблюдаемый период), то на «Кольской ГМК», где крайне выражено химическое загрязнение воздуха рабочей зоны, преобладают ПЗ органов дыхания (около 50%). Другими главными группами ПЗ на обоих предприятиях являются вибрационная болезнь, тугоухость, болезни нервной системы.

ПЗ опорно-двигательного аппарата и ПЗ нервной системы

В период 1980–2010 гг. среднегодовая численность работников, связанных с тяжелым физическим трудом, на «Апатите» составляла 4000–6000 рабочих, на «Кольской ГМК» – 5500–8000. Оба предприятия демонстрируют невысокий уровень ПЗ опорно-двигательного аппарата (или отсутствие выявленных случаев) в 1980-х годах (рис. 6). Затем четко отслеживается рост профессиональной патологии костно-мышечной системы при проведении осмотров специалистами НИЛ – пик 1997 г. на «Апатите» и рост показателей в 2000-х гг. на обоих предприятиях.

Болезни опорно-двигательного аппарата и возможность их связи с профессией занимают особое место в профпатологии. Нередко врачи ЛПУ рассматривают их как возрастную патологию, особенно у рабочих со стажем работы свыше 15 лет, и не связывают с воздействием профессиональных факторов риска, прежде всего с наличием фиксированной или вынужденной позы при выполнении трудовых операций, либо с непосредственным подъемом и перемещением тяжестей в течение рабочей смены. Вместе с тем, при квалифицированной оценке нарушений костно-мышечной системы достаточно четко прослеживается их связь с профессиональными факторами.

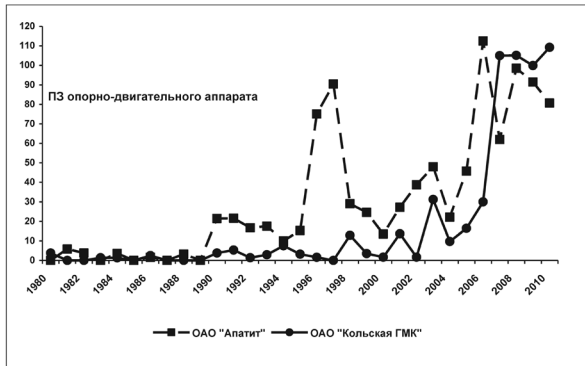


Рис. 6. Профессиональная заболеваемость опорно-двигательного аппарата в ОАО «Апатит» и ОАО «Кольская ГМК» (на 10 000 рабочих с высоким уровнем физической нагрузки), 1980–2010 гг.

Заболевания периферической нервной системы зачастую сопутствуют болезням опорно-двигательного аппарата, иногда даже опытный профпатолог ставит диагноз одной группы ПЗ вместо другой при наличии общей симптоматики. Поэтому тренды кривых на рис. 7 во многом сходны с таковыми на рис. 6.

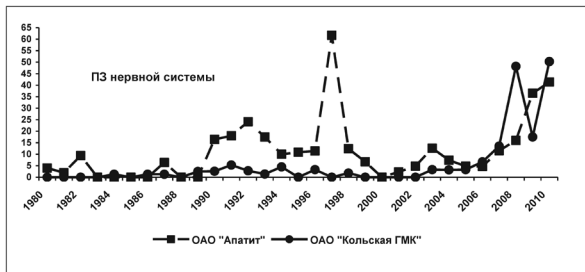


Рис. 7. Профессиональная заболеваемость нервной системы в ОАО «Апатит» и ОАО «Кольская ГМК» (на 10 000 рабочих с высоким уровнем физической нагрузки), 1980–2010 гг.

ПЗ органов дыхания

В период 1980–2010 гг. среднегодовая численность работников, контактирующих с аэрозольными и химическими загрязнителями воздуха рабочей зоны, на «Апатите» составляла 2000–2500 рабочих, на «Кольской ГМК» – 5000–7000.

ПЗ органов дыхания среди профессиональных болезней, диагностируемых на «Кольской ГМК», занимает особое место, что связано с наличием специфического фактора риска – соединений никеля, концентрации которых во всех основных производственных цехах, где осуществляется рафинирование никеля, многократно превышают предельно допустимые. ПЗ органов дыхания представлены преимущественно хроническими атрофическими и субатрофическими болезнями верхних дыхательных путей (риниты, фарингиты, ларингиты, трахеиты) и хроническими бронхитами. Сенсибилизирующая активность соединений никеля зачастую провоцирует возникновение бронхиальной астмы.

На рис. 8 хорошо заметен более высокий уровень ПЗ органов дыхания на «Кольской ГМК» в сравнении с таковым на «Апатите». Пик 1997 г. на «Кольской ГМК» (когда НИЛ еще не участвовал в ПМО работ-

ников этого предприятия) все же определялся квалификацией специалиста, а именно, был связан с появлением пульмонолога в ведомственной поликлинике комбината, который собирал материал для диссертации и, соответственно, проводил серьезную диагностическую работу. Ведомственная поликлиника была вскоре закрыта, пульмонолог уволился, и дальнейший рост ПЗ органов дыхания на предприятии уже определялся участием в ПМО специалистов НИЛ.

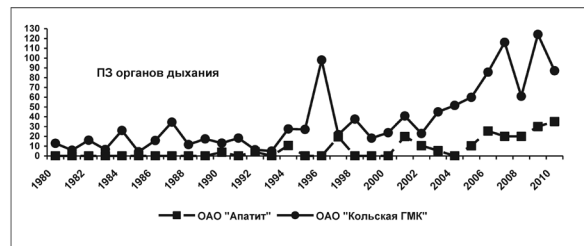


Рис. 8. Профессиональная заболеваемость органов дыхания в ОАО «Апатит» и ОАО «Кольская ГМК» (на 10 000 рабочих, контактирующих с аэрозольными и химическими загрязнителями воздуха рабочей зоны), 1980–2010 гг.

Вибрационная болезнь

В период 1980–2010 гг. среднегодовая численность работников, контактирующих с локальной вибрацией, на «Апатите» составляла 700–1000 рабочих, на «Кольской ГМК» – 300–400. Заболеваемость вибрационной болезнью (рис. 9) на «Кольской ГМК» достигала в 1980–1990-х гг. 250 случаев (на 10 000 работников, контактирующих с локальной вибрацией), а в 2000-х гг. уровень регистрации данной патологии значительно возрос до 1000 случаев (болезнь выявлена у каждого десятого), что, очевидно, было связано с привлечением к ПМО специалистов НИЛ. На комбинате «Апатит» уровни вибрационной болезни 40–90 случаев в 1980-х гг. сменились пиком (более 500 случаев) в 1997 г. (участие НИЛ в ПМО), и затем флюктуировали в районе 200–260 случаев во второй половине 2000-х гг. Тенденция к стабилизации показателей вибрационной болезни у рабочих «Апатита» в сравнении с «Кольской ГМК», с нашей точки зрения, может объясняться активно проводимой в ОАО «Апатит» (с 2002 г.) заменой старого бурильного оборудования на новое импортное оборудование и резким сокращением ручного бурения. При этом следует отметить, что на обоих предприятиях по-прежнему используется большое количество старого оборудования, генерирующего высокие уровни локальной вибрации, определяющей высокий риск заболеваний вибрационной болезнью.

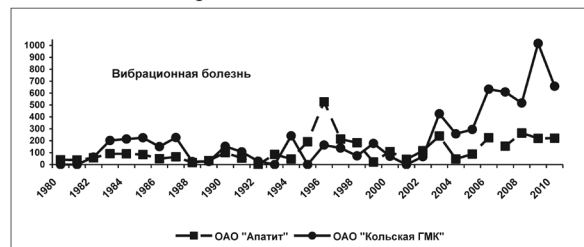


Рис. 9. Заболеваемость вибрационной болезнью в ОАО «Апатит» и ОАО «Кольская ГМК» (на 10 000 рабочих, контактирующих с локальной вибрацией), 1980–2010 гг.

Тугоухость

Высокие уровни шума (часто превышающие допустимые) характерны для практически всех основных цехов обоих предприятий, поэтому в расчетах мы использовали соответствующую среднегодовую численность персонала: на «Апатите» 6000–9000 рабочих, на «Кольской ГМК» – 7000–10000. Обе кривые, отражающие динамику регистрации профессиональной тугоухости на обоих предприятиях (рис. 10), демонстрируют резкий подъем в 2000-х гг. благодаря квалифицированной диагностике данной патологии специалистами НИЛ.

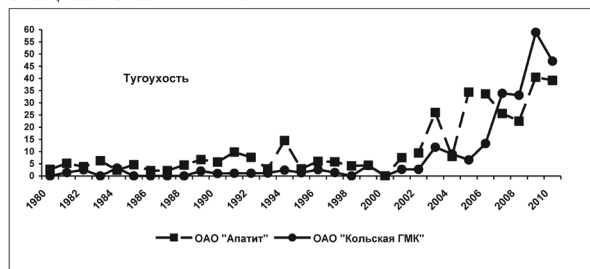


Рис. 10. Профессиональная заболеваемость тугоухостью в ОАО «Апатит» и ОАО «Кольская ГМК» (на 10 000 рабочих в основных цехах), 1980–2010 гг.

Таким образом, анализ общих тенденций уровней и динамики регистрируемых ПЗ во многом определяется квалификацией специалистов, качеством их подготовки по профпатологии, определяющим качество диагностики. При этом при постановке диагноза ПЗ не меньшую роль играют и результаты гигиенической оценки условий труда, позволяющей связать заболевание с профессией. После введения в 1995 г. обязательной аттестации рабочих мест по условиям труда экспертная оценка связи заболевания с профессией основывается на результатах аттестации, которые в свою очередь зависят от качества и объективности ее проведения.

Если у работника по результатам аттестации не были зафиксированы повышенные уровни шума, вибрации, загрязнения воздуха и т.д. на рабочем месте, то врачи при диагностике патологических состояний, аналогичных по клиническим проявлениям профессиональным болезням, вынуждены трактовать их как общесоматические. Как следствие, ежегодная выявляемость ПЗ у некоторых профессиональных категорий неоправданно занижена. Например, у водителей и машинистов транспортных средств комбината «Апатит» среднегодовое число ПЗ не превышает 3 случаев на 1000, – для сравнения, соответствующий показатель у проходчиков подземных рудников составляет 96 на 1000. При этом распространенность ряда общих болезней в группе водителей и машинистов в 5 раз выше, чем среди инженерно-технических работников предприятия, и в 2 раза выше, чем среди ремонтников. Это свидетельствует о низком качестве проведения аттестации рабочих мест, в частности водителей и машинистов, условия труда которых несомненно провоцируют возникновение не диагностируемых ПЗ.

Заключение

В стране очевиден спад производства, износ основных средств достигает 70–90%. Наблюдается повсеместное сокращение объемов капитального и про-

филактического ремонта промышленных зданий, сооружений и оборудования. Существенно сокращены работы по реконструкции и техническому перевооружению, созданию и закупке новых современных безопасных производственных технологий, машин и механизмов. На многих предприятиях сохраняется очень высоким процент использования тяжелого ручного труда, недопустимо высоки уровни многих вредных факторов производства, нарушаются требования к продолжительности рабочего дня и недели.

Неудовлетворительное состояние охраны труда в Российской Федерации – угроза национальной безопасности и перспективам развития страны. В стране учащаются аварии на производстве, растет число смертельных несчастных случаев. Главными факторами роста смертности, травматизации, профессиональной заболеваемости и инвалидизации работающего населения явились резкое ухудшение социально-экономического положения, неудовлетворительное качество и ограниченная доступность медицинской помощи, разрушение системы медико-профилактического обслуживания работников.

Существующая система здравоохранения не обеспечивает приоритетное медико-санитарное обслуживание работающих, внедряемые механизмы рыночной экономики не сопровождаются адекватными мерами по обеспечению безопасных и безвредных условий труда и сохранению здоровья работающих.

В России на федеральном уровне нет организации, системно занимающейся проблемами охраны труда, формированием государственной политики управления охраной труда. В стране не обеспечено финансирование научно-исследовательских работ, направленных на повышение безопасности и гигиены труда. Государство сегодня не решает проблемы охраны труда. Происходит осознанное ускоренное реформирование законодательства в интересах бизнес-структур, а не работников предприятий. Законодатели лоббируют интересы крупного капитала; сращивание законодательства с бизнесом порождает игнорирование безопасности труда. Денежные потоки, направляемые на охрану труда, не затрагивают ее.

Аттестация рабочих мест по условиям труда осуществляется в рамках взаимовыгодных договоренностей работодателя и исполнителя, которые заранее оговаривают результат заказываемой работы. Аттестация рабочих мест носит формальный характер, искажает и фальсифицирует действительное положение дел на производстве и не осуществляет реальной гигиенической оценки условий труда.

Предварительные и периодические медицинские осмотры характеризуются формализмом и низким качеством, проводятся на договорной основе, т.е. финансируются работодателем, заинтересованным в положительных результатах. Для ЛПУ, задействованных в ПМО, характерна плохая организация, низкая квалификация и недобросовестность медработников, постоянная ротация кадров, нарушения требований по оформлению документов, повсеместная нехватка медицинского диагностического оборудования.

Остро стоит проблема массового сокрытия несчастных случаев и ПЗ на производстве, выявляемые показатели ПЗ в стране чудовищно низки. Действительные показатели ПЗ в десятки и сотни раз выше данных официальной статистики. Статистика производственного травматизма и профессиональной заболева-

емости в стране недостоверна и беспрецедентно занижена. В развитых странах, где уровень развития экономики и безопасности труда несоизмеримо выше российского, показатели ПЗ колоссально (в десятки раз) превышают уровни в РФ. В стране практически отсутствует контроль исполнения работодателями трудового законодательства.

Система расследования, регистрации и учета ПЗ в РФ ущербна. В государственных отчетах нет информации о структуре ПЗ в отдельных регионах (в т.ч. Крайнего Севера), отраслях экономики, профессиях. Бюрократическая многоступенчатость и запутанность процедуры установления предварительного и окончательного диагноза ПЗ – источник коррупции и фальсификаций. В стране отсутствует система статистического учета и отчетности показателей здоровья работников по результатам ПМО, нет единой унифицированной утвержденной формы заключительного акта, равно как и регламента оценки условий труда работников. Профпатологическая служба не имеет собственной информационной системы, до сих пор не создан единый регистр ПЗ, позволяющий автоматизировать систему учета и регистрации больных с ПЗ и отслеживать течение и исходы заболеваний. Недостоверность информации по условиям труда, травматизму и ПЗ на производстве делает невозможной дальнейшую работу с информацией – оценку качества и эффективности профилактических мероприятий, оценку профессиональных рисков воздействия производственных факторов, и какие-либо научные исследования в области гигиены труда и профпатологии.

Положение дел в охране труда, травмобезопасности, аттестации рабочих мест, профпатологии, учете и статистике несчастных случаев и ПЗ в основных добывающих регионах России (Крайний Север, Сибирь, Дальний Восток) характеризуется особо высокой степенью выраженности вышеперечисленных проблем.

Анализ ПЗ среди рабочих основных цехов (лиц, действительно подверженных воздействию вредных производственных факторов) двух крупных предприятий Мурманской области показал чрезвычайно высокие уровни заболеваемости – до 100–150 раз выше, чем официальные данные по РФ. В 2000-х гг. выявлен колоссальный рост числа зарегистриро-

ванных случаев вибрационной болезни среди лиц, контактирующих с локальной вибрацией, ПЗ опорно-двигательного аппарата – среди лиц с высоким уровнем физической нагрузки, тугоухости – среди работающих в условиях шума, ПЗ органов дыхания – среди лиц, подверженных воздействию аэрозольных и химических агентов воздуха рабочей зоны. Данный феномен объясняется привлечением в этот период к ПМО специалистов областного профцентра, которые начали действительно выявлять и связывать с профессией сокрытые случаи заболеваний.

Таким образом, в России требуется безотлагательная разработка государственной программы реформирования охраны труда с привлечением адекватного адресного финансирования всех ее ветвей. Незамедлительно нужна разработка и законодательное внедрение на государственном уровне эффективного правового и экономического механизмов повышения заинтересованности работодателей (всех форм собственности) в сохранении здоровья работников. Необходимо введение юридической ответственности работодателя за сокрытие профессиональных заболеваний и необеспечение безопасных и безвредных условий труда. Необходимо принятие законодательных актов, ограничивающих стаж работы и продолжительность рабочей смены во вредных условиях труда. Срочно требуется создание института независимых экспертов для контроля качества аттестации рабочих мест по условиям труда и качества проведения медицинских осмотров. Необходимо создание постоянно обновляемых автоматизированных систем (регистров) состояния здоровья работников. Требуется разработка единой четкой системы медико-социальной и медико-профессиональной реабилитации работников.

Очевидно, что все вышеперечисленное станет возможным в России только при обеспечении благоприятного экономического, правового и социально-политического климата, позитивных сдвигах в борьбе с коррупцией и реальной заинтересованности властей в решении сложнейшего комплекса проблем, стоящих перед страной. Хочется пожелать новому, только что сформированному правительству (и лично главе вновь созданного Минтруда г-ну Топилину, а также главе Минздрава г-же Скворцовой) успехов в работе.

Литература

1. Артюнина Г.П., Чащин В.П., Игнатюкова С.А. и др. Проблемы профессиональной патологии у рабочих в никель-кобальтовой промышленности // Гигиена и санитария. – 1998. – № 1. – С. 9–13.
2. Волков Ю.И. «Непрозрачный» травматизм // Охрана труда и социальное страхование. – 2006. – № 6. – С. 3–7.
3. Гражданкин А.И., Печеркин А.С., Иофис М.А. Промышленная безопасность отечественной и мировой угледобычи // Безопасность труда в промышленности. – 2010. – № 9. – С. 36–43.
4. Долгинцев В.И., Баранов В.И. Медицинское обслуживание строителей газопровода Уренгой-Ужгород и Уренгой-Центр // Советское здравоохранение. – 1986. – № 7. – С. 40–44.
5. Жаворонок Л.Г. Совершенствование статистики профессиональных заболеваний в современных условиях на основе компьютерных технологий : дис. ... д-ра мед. наук. НИИ медицины труда РАМН. – М., 2004. – 322 с.
6. Збышко Б.Г. Пора звонить в колокол // Охрана труда и социальное страхование. – 2007. – № 5. – С. 3–7.
7. Измеров Н.Ф. Роль профпатологии в системе медицины труда // Медицина труда и промышленная экология. – 2008. – № 11. – С. 1–4.
8. Измерова Н.И., Тихонова Г.И., Жаворонок Л.Г. Оценка качества и эффективности

- медицинских осмотров работающих // Медицина труда и промышленная экология. – 2008. – № 6. – С. 25–29.
9. Калинина М.Ю., Лагутина Н.Г., Спиридонов В.Л., Копылова О.С. Оценка качества медицинских осмотров работников нефтегазовой промышленности в медицинских учреждениях // Медицина труда и промышленная экология. – 2009. – № 5. – С. 9–14.
10. Камчатский статистический ежегодник. Статистический сборник / Камчатстат – г. Петропавловск-Камчатский, 2009. – 421 с.
11. Карачарова С.В. Проблемы профпатологической службы промышленного региона на этапе реформ // Медицина труда и промышленная экология. – 1997. – № 7. – С. 1–4.
12. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (распоряжение Правительства РФ от 14 февраля 2008 г. № 170-р).
13. Кузнецов Г. Реальный травматизм и официальная отчетность // Охрана труда и социальное страхование. – 2005. – № 10. – С. 43–47.
14. Кузьмин С.В., Гурвич В.Б., Климин В.Г. и др. Региональная «Система медицины труда» – эффективная модель оценки и управления профессиональными рисками // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 2. – С. 1–4.
15. Национальный доклад «О реализации государственной политики в области условий и охраны труда в РФ в 2005 году».
16. О создании системы управления профессиональными рисками. Концепция федеральной Программы действий по улучшению условий и охраны труда на 2008–2010 гг. Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России № 586 от 23.10.08.
17. Онищенко Г.Г. Состояние условий труда и профессиональная заболеваемость работников в Российской Федерации // Гигиена и санитария. – 2009. – № 3. – С. 66–71.
18. Российский статистический ежегодник. Стат. сб./Госкомстат России. Р76. – М., 2001. – 679 с.
19. Российский статистический ежегодник. 2005. Стат. сб./Росстат. Р76. – М., 2005. – 819 с.
20. Российский статистический ежегодник. 2009. Стат. сб./Росстат. Р76. – М., 2009. – 795 с.
21. Рукавишников В.С., Шаяхметов С.Ф., Панков В.А., Колычева И.В. Здоровье работающих в горнодобывающей промышленности Сибири и Крайнего Севера // Медицина труда и промышленная экология. – 2004. – № 6. – С. 6–10.
22. Русак О.Н. Кровь людская – не водица // Охрана труда и социальное страхование. – 2006. – № 1. – С. 37–40.
23. Русак О.Н. Чисто российская «забава» // Охрана труда и социальное страхование. – 2007. – № 7. – С. 33–34.
24. Русак О.Н. Охрана труда – как «черный ящик» // Охрана труда и социальное страхование. – 2007. – № 10. – С. 28–32.
25. Симонова Н.И., Кондрова Н.С. Качество и эффективность медицинской помощи, оказываемой работникам, занятым в условиях труда, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 6. – С. 1–7.
26. Соколова Л.А., Прокопенко Л.В. Оценка и управление профессиональным риском нарушения здоровья работников промышленного комплекса г. Архангельска // Медицина труда и промышленная экология. – 2009. – № 8. – С. 25–29.
27. Статистический ежегодник по Мурманской области. 2008. Стат. сб./Мурманскстат. – Мурманск, 2009. – 247 с.
28. Статистический ежегодник по Архангельской области. 2009. Стат. сб./Архангельскстат. – Архангельск, 2009. – 171 с.
29. Статистический ежегодник Республики Коми. 2010. Стат. сб./Комистат. С78. – Сыктывкар, 2010. – 502 с.
30. Статистический ежегодник Чукотки. Стат. сб. 2008. – Анадырь, 2009. – 234 с.
31. Статистический ежегодник. Магаданская область. 2009. Стат. сб./Магаданстат. – Магадан, 2009. – 285 с.
32. Статистический ежегодник. Республика Карелия/Карелиястат. – Петрозаводск, 2009. – 335 с.
33. Терещенко Ю.А., Захаринская О.Н. Организация профпатологической службы, динамика и структура профессиональной заболеваемости в Красноярском крае // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 1. – С. 3–7.
34. Эглите М.Э., Рэсте Е.Д., Чурбакова Э.В., Ванадзиньш И.А. Условия труда, факторы риска на рабочем месте, последствия их воздействия на здоровье трудящихся Латвии // Медицина труда и промышленная экология. – 2009. – № 6. – С. 6–13.
35. Occupational Illnesses in OECD countries. OECD Employment Outlook. 1990. Chapter 4. Organization for Economic Co-operation and Development. (www.oecd.org).