

ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей Минздрава России"

В.В. РАЗУМОВ, В.А. ЗИНЧЕНКО, Е.Б. ГУРЕВИЧ

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В
ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЕ ПРОФПАТОЛОГА**

Новокузнецк, 2013

УДК 616-057

ББК 51.24

Р 178

Разумов В.В. Клинические аспекты в экспертной работе профпатолога: учебное пособие / В.В. Разумов, В.А. Зинченко, Е.Б. Гуревич – Новокузнецк, 2013. – 258 с.

В учебном пособии представлены клинические аспекты оценки профпатологической ситуации, недостаточная осведомленность о которых первичного звена профпатологии приводит либо к ошибочному или запоздалому подозрению на профессиональное заболевание; изложены представления о различных уровнях профессионально детерминированного нарушения здоровья; в сжатом виде изложены клинические особенности основных профпатологических нозологических единиц. Для усвоения и закрепления изложенных положений в учебном пособии используются ситуационные задачи в форме разборов 69 клинических случаев консультаций или экспертиз связи с профессией наиболее часто встречающихся клинических ситуаций.

Учебное пособие предназначено для профпатологов, врачей первичного звена профпатологии, и в первую очередь – для принимающих участие в проведении предварительных и периодических медицинских осмотров, для врачей общелечебной сети (терапевты, семейные врачи, пульмонологи, неврологи), сталкивающихся в той или иной степени с вопросами профессиональной детерминированности нарушения здоровья, а также для слушателей ГБОУ ДПО и для студентов медицинских вузов и академий, обучающихся по специальностям "Лечебное дело" и "Медико-профилактическое дело".

Авторы:

Разумов Владимир Валентинович – докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой профпатологии ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России", академик РАЕН, чл.-корр. РАЕ.

Зинченко Валерий Анатольевич – канд. мед. наук, доцент кафедры профпатологии ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России".

Гуревич Елена Борисовна – асс. кафедры профпатологии ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России", внештатный ведущий специалист по профпатологии Управления здравоохранения г. Новокузнецка.

Рецензенты:

Лахман Олег Леонидов – докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой профпатологии и гигиены ГБОУ ДПО "Иркутская государственная медицинская академия Минздрава РФ", главный врач клиники Ангарского филиала ФГБУ "Восточно-Сибирский НЦ экологии человека", главный внештатный эксперт-профпатолог МЗ Иркутской области

Паначева Людмила Алексеева – докт. мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО "Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России".

Бабанов Сергей Александрович – докт. мед. наук, профессор кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Минздрава России".

Утверждено учебно-методической комиссией ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России", протокол № 3 от 06.06.2013 г.

ISBN 978-5-91797-133-9

Оглавление

| | |
|---|-----|
| Список сокращений | 4 |
| Введение | 5 |
| Глава 1. История парадигмы профпатологии и её понятийно-терминологического аппарата | 7 |
| Глава 2. Методология экспертизы связи заболевания с профессией | 14 |
| Глава 3. Ситуационные задачи и постановка вопросов | 27 |
| Глава 4. Ситуационные задачи: ответы на вопросы, пояснения к ним, формулировки заключений врачебной комиссии по профпатологии и их аргументация | 160 |
| Заключение | 251 |
| Приложение | 253 |
| Список литературы | 256 |

ВВЕДЕНИЕ

Кузбасс более десятилетия является моделью профессиональной заболеваемости России не только в связи с его нозологической тождественностью структур этой патологии с таковой по России, но и почти 10-кратным превышением показателей профессиональной заболеваемости в Кемеровской области над российскими [4, 13]. Значительная заболеваемость рельефнее обозначает аспекты проблемы, влияющие на показатели этой заболеваемости и имеющие непосредственное отношение к профпатологическому обеспечению работающих контингентов.

Одной из таких "зон интереса" является недостаточная разработанность клинических аспектов профессиональной заболеваемости, находящихся в тени санитарно-гигиенического представления о решающей роли условий труда в развитии профессиональной патологии. Из этого положения, безусловно верного в части обязательности, облигатности, необходимости нарушений гигиенических условий труда для развития нарушений здоровья, исподволь выбрасывается второе условие развития патологического процесса – недостаточности единственного фактора, в данном случае – недостаточности санитарно-гигиенической составляющей. Развитие любого патологического процесса, являясь закономерным, подчиняется требованию закона быть взаимосвязью явлений, как минимум двух, каждое из которых одновременно является и необходимым, и недостаточным, только в своей совокупности, во взаимосвязи могущих породить явление.

Применительно к профессиональной патологии нужно поэтому говорить о факторах внешних – профессиональных и факторах индивидуальных (конституциональных), как бы внутренних по отношению к внешним, каждый из которых формируется из многочисленных обстоятельств тех же модальностей (экологии среды проживания, образа жизни, вредных привычек, характера питания, конституциональной составляющей индивидуума, перенесенных заболеваний и состояний, врожденных и наследственных факторов и прочее, и прочее).

Гипертрофия представлений о решающей роли факторов производственной среды и трудового процесса в развитии профессиональной заболеваемости имеет исторические корни, уходящие в тот период истории общества и науки, когда эти факторы были не только крайне вредными, но и опасными. Но в те времена вторая составляющая причинности заболевания – индивидуальная (конституциональная) – была ещё просто недоступна научному изучению хотя бы в каком-нибудь одном её проявлении. У медицины просто не было иного выбора видеть причину заболеваний, кроме как в лежащих на поверхности влияниях на организм вредных условий окружающей среды существования, в том числе – и профессиональных.

Но времена изменились. Условия труда перестали быть опасными, потеряли прежнюю степень вредности; появились новые концепции здоровья со взвешенным пониманием внешнего и внутреннего. Первоначальные представления о детерминированности нарушения здоровья вредными факторами производства в виде только профессиональных заболеваний пополнились понятием профессионально (производственно) обусловленных заболеваний с постепенным размыванием границ между ними и слияние их в так называемые заболевания, обусловленные работой. Врач-профпатолог теперь обязан знать не только гигиену и про-

ГЛАВА 1.

ИСТОРИЯ ПАРАДИГМЫ ПРОФПАТОЛОГИИ И ЕЁ ПОНЯТИЙНО-ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОГО АППАРАТА

Современная парадигма оценки профпатологической ситуации сформирована всей историей развития профпатологического обеспечения работающих контингентов.

Основоположником гигиены труда считается Б. Рамаццини – автор трактата "О труде ремесленников. Рассуждение" (1700): "Вопрос о ремесле может относиться только к причине в виде внешних условий. Я считаю его уместным, более того, необходимым, когда приходится лечить простой народ.... род занятий больного...имеет значение для успеха лечения". Профессия как причина заболевания представлялась само собой разумеющимся, очевидным фактором и через полтора столетия. По А. Никитину (1847) "...врач должен обращать внимание также на ремёсла, чтобы познакомиться с болезнетворными причинами, в них скрывающимися, и быть в состоянии предотвращать их влияние на человеческое тело".

Нефизиологические условия труда в сочетании с неблагоприятными социальными условиями существования работающих объясняют становление и развитие профпатологии как изначально санитарно-гигиенического раздела медицины, как общественной дисциплины, сосредоточенной на изучении состояния здоровья работающих в зависимости от профессиональных и социально-бытовых условий. Понятие "здоровье" у работающих приобрело социально-гигиеническую трактовку, с акцентом на социальной его обусловленности, созвучное представлению медицины того времени о зависимости в целом состояния здоровья организма от внешних условий.

Возникшая парадигма здоровья и болезни имела положительные и отрицательные стороны. Безусловно положительным было формирование представления о профилактике как способе предупреждения заболеваний. Понимание зависимости состояния здоровья организма от внешних условий лежало в основе формирования нервизма – учения о роли нервной системы в адаптации, приспособлении организма к окружающей среде. Оба положения – профилактическое направление медицины и нервизм – составляли отличительную черту отечественной медицины.

Негативной стороной парадигмы обусловленности заболевания внешними обстоятельствами было утверждение в медицинском сознании понимания причинности болезни как единственности с иллюзорным представлением о достаточности для выздоровления лишь устранения внешнего фактора. В профпатологии подобное мышление приковало профессиональную патологию (как сферу деятельности) к санитарно-гигиенической службе и отождествляло профпатолога с санитарным врачом.

Успехи медицины второй половины XX века кардинально изменили представления и общей патологии, и частных разделов медицины, вызвав потребность в трансформации профпатологии из прежнего её понимания в медицину труда.

ГЛАВА 2.

МЕТОДОЛОГИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ

Профессиональная зрелость по профпатологии предполагает возможность проведения экспертизы связи заболевания с профессией. Несмотря на то, что экспертиза связи заболевания с профессией юридически разрешена только относительно немногочисленному количеству лицензированных учреждений, приёмами этой экспертизы должны владеть все врачи первичного звена профслужбы и врачи, участвующие в ПМО. Только безупречное знание клинической картины профессиональных заболеваний, высокий профессионализм позволят при проведении медицинского осмотра в условиях лимита времени, неполноты медицинской документации, ориентировочности информации о вредных условиях труда и довольно частого негативного или безразличного, а то и установочного отношения работника к обследованию аргументированно заподозрить у него начальные признаки нарушения здоровья, правильно оценить медицинскую ситуацию и определиться в отношении дальнейшей профпатологической тактики.

К тому же, первичное звено профслужбы имеет возможность провести необходимые обследования, уточниться по аттестации рабочего места, представляемой работодателем работнику, о вредных условиях труда, чтобы с большей уверенностью высказаться либо в пользу подозрения о наличии у работника профессионального заболевания, либо в пользу отсутствия оснований к такому подозрению, либо оценить обстановку как "отдельные признаки воздействия какого-то вредного фактора...". Ведь различие между предварительным и заключительным диагнозами профессионального заболевания, коль скоро речь идет уже о заболевании, не должно касаться врачебной стороны дела.

Но, тем не менее, по сообщениям на ежегодных всероссийских конгрессах "Профессия и здоровье" представителей из различных регионов РФ, выявляемость структурами первичного звена профзаболеваний на предприятиях высокого риска во много раз ниже экспертных расчётов её вероятности. Практика показывает, что вопросы о медицинском содержании понятий "подозрение на профессиональное заболевание", "предварительный диагноз профессионального заболевания", "заключительный диагноз профессионального заболевания", о критериях их отличия или сходства нередко, если почти не всегда, ставят врачей первичного звена в тупик.

Несовершенство нормативно-законодательной базы профпатологии, негативное отношение руководителей медицинских учреждений к необходимости направления контингента врачебных комиссий на повышение квалификации по профпатологии, недостаток врачебных кадров на местах, мешающий нормальной продолжительности этого обучения, позволяют заподозрить существование действительно более высокого уровня профессиональной заболеваемости, чем озвученного официальными отчётными и аналитическими документами.

Может показаться, что упреки в недостаточной разработке методологических аспектов диагностики в профпатологии не обоснованы, поскольку в ней в

ГЛАВА 3.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И ПОСТАНОВКА ВОПРОСОВ

Ситуационные задачи приводятся с целью иллюстрации изложенных выше клинических аспектов экспертной работы профпатолога и(или) их дополнения.

Использованные примеры взяты из практики работы Новокузнецкого городского ЦПП за последние годы, почему некоторые формулировки могут терминологически не соответствовать таковым в приказах № 302н от 12.04.2011 и № 417н от 24.04.2012 гг. В задачах сохранена представленность вредных условий труда 3 класса по степеням вредности, как это имело место в то время, к которому относятся анализируемые ситуации. Однако, в изложении преследовалась цель освещения преимущественно клинических аспектов оценки профпатологической ситуации, эти терминологические различия не имеют принципиального значения.

Приводимые примеры касаются не профпатологии в целом, а реальной структуры профпатологической заболеваемости в Кемеровской области, то есть в основном патологии костно-мышечной, периферической нервной систем, пылевой патологии органов дыхания и сенсорноневральной тугоухости.

Хотя акцент в задачах сделан преимущественно на клиническом освещении профпатологических ситуаций, в них содержатся вопросы и санитарно-гигиенического, а также организационного характера.

В ситуационных задачах большая часть представлена случаями ошибочного подозрения на профессиональный генез заболевания. Такая структура изложения отражает не реальное соотношение совпадения предварительного и заключительного диагнозов, а является просто приёмом обучения, поскольку, как известно, на ошибках учатся.

Ситуационная задача начинается с изложения истории заболевания, которая, в свою очередь, начинается с изложения трудового маршрута. Эта последовательность, правильная для случаев профессионального заболевания, является неверной для случаев общесоматической патологии, для которой воздействие профессиональной вредности не является этиологически значимым. Тем не менее, чтобы не предвосхищать характера патологии способом представления материала, а также в соответствии с профпатологической традицией относить трудовую деятельность к истории заболевания, мы придерживались избранной модели изложения материала.

Структура изложения ситуационной задачи стереотипна для всех задач. Первоначально излагается история заболевания и приводятся клинические данные и результаты инструментальных методов обследования как прошлых лет, так и выполненных в ЦПП. Данные лабораторных исследований в ситуационных задачах практически не приведены в связи с отсутствием в них диагностической информативности относительно рассматриваемых патологий.

После изложения клинической ситуации представляются вопросы, содержащие вариации ответов. Каждая задача заканчивается рекомендацией сформулировать профпатологическое заключение, его аргументацию, диагноз и рекомендации.

По сути дела, профпатологическое заключение и его аргументация являются

ГЛАВА 4.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ: ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПОЯСНЕНИЯ К НИМ, ФОРМУЛИРОВКИ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ПРОФПАТОЛОГИИ И ИХ АРГУМЕНТАЦИЯ

Задача № 01 (стр. 29).

А-на Н.А., 1960 г.р. (45 л.), обследовалась в ЦПП 08.11 – 18.11.2005 г. История заболевания ...

? № 01,01. Пациентка поступила в ЦПП:

- А: на консультацию;
- В: для экспертизы профпригодности;
- +С: для экспертизы связи заболевания с профессией.

? № 01,02. Аллергизирующим фактором рабочего места является:

- А: металлическая пыль;
- В: оксид марганца;
- +С: хромовый ангидрид;
- D: окись углерода;
- Е: только совокупность перечисленных факторов.

? № 01,03. В характеристике течения заболевания отражен:

- +А: факт элиминации;
- В: факт экспозиции;
- С: факт кортикостероидной зависимости.

? № 01,04. Генез бронхиальной астмы:

- +А: профессиональный;
- В: общий;
- С: неопределенный; имеется необходимость в динамическом наблюдении в ЦПП.

? № 01,05. У пациентки трудоспособность:

- А: общая и профессиональная сохранены;
- В: общая и профессиональная нарушены;
- +С: общая сохранена, но профессиональная нарушена;
- D: общая нарушена, но профессиональная сохранена.

? № 01,06. В динамическом наблюдении в ЦПП пациентка:

- А: не нуждается;
- +В: нуждается.

? № 01,07. Заключение ВК по профпатологии: развитие типичных проявлений бронхиальной астмы через 15 лет от начала работы с воздействием профессио-

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как видно из ситуационных задач, предварительный диагноз профессионального заболевания (подозрение на ...) по медицинскому содержанию не отличается от заключительного его диагноза. Неполнота информации о вредных факторах по всему профмаршруту является объективной причиной ошибочного подозрения на профессиональное заболевание, которое, по нашему опыту, не должно превышать 10% случаев всех подозрений на профессиональные заболевания, но не составлять десятки процентов, которые фактически имеют место. В большей части случаев диагностика заключительного диагноза профессионального заболевания оказалась возможной по данным обследований, выполненных до поступления в ЦПП, и которыми располагало первичное звено.

Примеры ошибочного подозрения на профессиональные заболевания нельзя считать проявлением излишней профпатологической настороженности. Данные литературы о многочисленности случаев поздней диагностики их и значительной доле профзаболеваний, диагностированных у пенсионеров и (или) по обращаемости, свидетельствуют об обратном. Коль скоро корни ошибочного или несвоевременного подозрения на профессиональное заболевание уходят в незрелость профпатологического клинического мышления, то можно предполагать, что количество реально существующих, но не выявленных профессиональных заболеваний, должно быть соизмеримо с численностью ошибочно заподозренных случаев их.

При формулировке экспертного заключения в отношении наличия или отсутствия профессионального заболевания следует отказываться от широко распространенной стандартной формы обоснования диагноза типа: "... учитывая данные анамнеза, объективного осмотра и результатов проведенных лабораторно-инструментальных обследований, у больного диагностируется ..." или другими словами "... учитывая вышеизложенное, у больного диагностируется нижеизложенное". Бессодержательность такого "обоснования" очевидна, поскольку оно не представляет никакой аргументации диагностической концепции. В профпатологии такая формулировка одно время даже приветствовалась с целью, якобы, сокрытия от работников причин, повлиявших на характер принятого решения, как будто знание пациентами этих обстоятельств могло повлиять на характер этих решений и дальнейшую их судьбу.

Практика членораздельной аргументации наличия или отсутствия подозрений на профессиональное заболевание или его самого, "прозрачность" аргументов экспертного решения уменьшает негативные реакции на него как со стороны работников в случае отказа им в признании заболевания профессиональным, так и со стороны работодателей или других структур в случаях признания у работников профессионального заболевания. Но основная её польза заключается в тренировке клинического мышления, в привлечении внимания к необходимости не только сбора фактов, но и совершенствования навыков их анализа и построения аргументации.

Аргументация профессионального заболевания, как и вообще любого заболевания, строится на нескольких патогномоничных фактах, каждый из которых имеет, по сравнению с другими, равновеликое, равновесное значение. Поэтому

КРИТЕРИИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СУСТАВОВ (В ГРАДУСАХ) [8]

| СУСТАВ | | НОРМА | | I СТ. НФС | | II СТ. НФС | | III СТ. НФС | |
|-----------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| ПЛЕ-ЧЕВОЙ | ДВИЖЕНИЕ | ОТВЕ-ДЕНИЕ | ПРИВЕ-ДЕНИЕ | ОТВЕ-ДЕНИЕ | ПРИВЕ-ДЕНИЕ | ОТВЕ-ДЕНИЕ | ПРИВЕ-ДЕНИЕ | ОТВЕ-ДЕНИЕ | ПРИВЕ-ДЕНИЕ |
| | ГРАНИЦА И АМПЛИТУДА | 180 | | 150 | | 120 | | 90 | |
| | | | | | | | | | |
| | ДВИЖЕНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ |
| | ГРАНИЦА | 180 | 40 | 150 | 30 | 120 | 20 | 90 | 10 |
| | АМПЛИТУДА | 220 | | 180 | | 140 | | 100 | |
| | | | | | | | | | |
| ЛОК-ТЕВОЙ | ДВИЖЕНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ |
| | ГРАНИЦА | 30 | 180 | 50 | 160 | 70 | 140 | 90 | 129 |
| | АМПЛИТУДА | 150 | | 120 | | 105 | | 90 | |
| | | | | | | | | | |
| ЛУЧЕ-ЗАПЯСТ-НЫЙ | ДВИЖЕНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ | СГИБА-НИЕ | РАЗГИ-БАНИЕ |
| | ГРАНИЦА | 90 | 80 | 70 | 60 | 50 | 40 | 30 | 20 |
| | АМПЛИТУДА | 170 | | 140 | | 100 | | 60 | |
| | | | | | | | | | |
| | ДВИЖЕНИЕ | ОТВЕД. (ЛОК-ТЕВОЕ) | ПРИВЕД. (ЛУЧЕ-ВОЕ) | ОТВЕД. (ЛОК-ТЕВОЕ) | ПРИВЕД. (ЛУЧЕ-ВОЕ) | ОТВЕД. (ЛОК-ТЕВОЕ) | ПРИВЕД. (ЛУЧЕ-ВОЕ) | ОТВЕД. (ЛОК-ТЕВОЕ) | ПРИВЕД. (ЛУЧЕ-ВОЕ) |
| | ГРАНИЦА | 40 | 20 | 30 | 15 | 20 | 10 | 10 | 5 |
| | АМПЛИТУДА | 60 | | 50 | | 35 | | 20 | |

ПЕРИОДЫ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

| ПЕРИОД | ПРОЯВЛЕНИЕ |
|--------|--|
| I | ВНУТРИДИСКОВОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПУЛЬПОЗНОГО ВЕЩЕСТВА |
| II | НЕСТАБИЛЬНОСТЬ В ПОЗВОНОЧНОМ ДВИГАТЕЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ (ПДС) |
| III | ГРЫЖА(И) ДИСКА(ОВ) |
| IV | ПОРАЖЕНИЕ НЕДИСКОВЫХ ЭЛЕМЕНТОВ |

Разумов Владимир Валентинович
Зинченко Валерий Анатольевич
Гуревич Елена Борисовна

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В
ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЕ ПРОФПАТОЛОГА**

Учебное пособие

Редактор *Разумов В.В.*

Подписано в печать 09.10.2013 г. Печать офсетная
Объем 16,13 усл. печ. л. Формат 60×84 1/16
Тираж 150 экз. Заказ № 5122

Отпечатано в ООО "Полиграфист"
654005 г. Новокузнецк, ул. Орджоникидзе, 11