

- Participation. [Profilakticheskaya meditsina-2016: materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem]. St. Petersburg: SZGMU im. I.I. Mechnikova; 2016: 50–2. (in Russian)
6. R 2.2.2006–05. Guidance on hygienic assessment of working environment factors and labor process. Criteria and classification of working conditions. St. Petersburg; 2005. (in Russian)
 7. Nabieva G.V. Prevalence and clinical features of occupational diseases of the hands of workers engaged in drilling oil wells. In: *Materials of the All-Union Conference «Actual problems of professional pathology» [Materialy Vsesoyuznoy konferentsii «Aktual'nye voprosy professional'noy patologii»]*. Moscow: 1990; 1(42): 159–60. (in Russian)
 8. Mal'kova N.Yu., Popov A.V. Study of working conditions in cases of occupational myofibrosis of the upper extremities. *Ekologiya cheloveka*. 2011; (12): 20–4.
 9. Izmerov N.F., ed. *Guidance on Occupational Health [Rukovodstvo po gigiyene truda]*. Moscow: Meditsina; 1987. (in Russian)
 10. Retnev V.M., Shlyakhetskiy N.S., ed. *Guidance on the Procedure for Conducting Preliminary and Periodic Medical Examinations of Employees and Medical Regulations for Admission to the Profession [Rukovodstvo o poryadke provedeniya predvaritel'nykh i periodicheskikh meditsinskikh osmotrov rabotnikov i meditsinskikh reglamentakh dopuska k professii]*. St. Petersburg: SPbMAPO; 2001. (in Russian)

Поступила 15.03.17
Принята к печати 05.07.17

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

Бойко И.В.¹, Шиманская Т.Г.¹, Андреев О.Н.², Логинова Н.Н.², Окунева Е.Ю.²

ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ СО СНИЖЕНИЕМ СЛУХА

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург;

² ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора, 191036, Санкт-Петербург

Проведено аналитическое исследование с целью дать обоснование методам определения профессиональной пригодности слабослышащих больных. Показано, что с 2014 г. возможности для допуска слабослышащих больных на многие виды вредных и опасных работ были существенно расширены. Но сложившаяся после этих реформ нормативно-правовая база страдает рядом логических противоречий и положений, допускающих неоднозначное толкование. Некоторые критерии экспертизы профессиональной пригодности указанного контингента больных еще не получили должного обоснования путем определения приемлемого уровня профессионального риска, возникающего после поступления на работу. Сделаны выводы о необходимости оптимизации нормативных актов по экспертизе профессиональной пригодности слабослышащих больных, сначала путем исключения из них логических противоречий и недостаточно конкретных формулировок. Актуальной задачей является проведение исследований по обоснованию степени профессионального риска слабослышащих работников при выполнении различного вида работ в условиях воздействия шума и комплекса опасных факторов производственной среды. Исходя из результатов такого рода исследований должны быть уточнены критерии допуска указанных больных к работам, связанным с риском возникновения расстройств здоровья и аварийных ситуаций. Оценка профессиональной пригодности слабослышащих больных требует совместной работы специалистов в области медицины труда и производственной безопасности, в каждом конкретном случае желательно учитывать как индивидуальные особенности заболевания, так и специфику конкретного рабочего места, на котором планируется использование труда больного.

Ключевые слова: снижение слуха; профессиональная пригодность; сенсоневральная тугоухость; экспертиза; вредные и опасные работы.

Для цитирования: Бойко И.В., Шиманская Т.Г., Андреев О.Н., Логинова Н.Н., Окунева Е.Ю. Проблемы экспертизы трудоспособности больных со снижением слуха. *Гигиена и санитария*. 2017; 96(7): 641–646. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0016-9900-2017-96-7-641-646>

Для корреспонденции: Бойко Иван Васильевич, д-р мед. наук, проф. кафедры медицины труда ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург. E-mail: Ivan-Boiko@yandex.ru

Boiko I.V.¹, Shimanskaya T.G.¹, Andreenko O.N.², Loginova N.N.², Okuneva E.Yu.²

PROBLEMS OF WORKING CAPACITY EXPERTISE IN PATIENTS WITH HEARING LOSS

¹ I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint-Petersburg, 191015, Russian Federation;

² North-West Public Health Research Center, Saint-Petersburg, 191036, Russian Federation

Results of the analytical research are given to justify methods of working capacity expertise in patients with hearing loss. The goal is to provide the successful professional rehabilitation of these workers and minimize the risk of occupational trauma or occupational disease because of harmful occupational factors. Since 2014 hearing loss patients have been allowed to work with many harmful and dangerous factors. Up-to-date laws and regulations have some logical contradictions with controversial interpretation. Some criteria for determination of working capacity in these workers have not been justified from the point of view of the professional risk yet. The paper discusses the need for the optimization of normative acts by the way of exclusion of logical contradictions and incorrect formulations. Today the determination of professional risk for the workers with hearing loss who work in noise and under the action of other harmful occupational factors is topical. According to results of this research the criteria of working capacity expertise for these cases should be revised to prevent health risk and disaster

situations. Working capacity expertise in hearing loss patients should be provided by specialists in occupational medicine and labor protection. Individual peculiarities of the disease and prospective work place should be also taken into account.

Key words: *hearing loss; professional fitness; expertise; sensorineural hearing loss; harmful and dangerous working conditions.*

For citation: Boiko I.V., Shimanskaya T.G., Andreenko O.N., Loginova N.N., Okuneva E.Yu. Problems of working capacity expertise in patients with hearing loss. *Gigiena i Sanitariya (Hygiene and Sanitation, Russian journal)* 2017; 96(7): 641-646. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.1882/0016-9900-2017-96-7-641-646>

For correspondence: *Ivan V. Boiko, MD, PhD, DSci., professor of the Department of Occupational Medicine of the I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint-Petersburg, 191015, Russian Federation. E-mail: Ivan-Boiko@yandex.ru*

Information about authors:

Boiko I. V. <http://orcid.org/0000-0003-4008-7393>; Shimanskaya T.G. <http://orcid.org/0000-0003-2673-6641>;

Andreenko O.N. <http://orcid.org/0000-0001-9135-280X>; Okuneva E.Y. <http://orcid.org/0000-0002-9292-1661>.

Conflict of interest. *The authors declare no conflict of interest.*

Acknowledgement. *The study had no sponsorship.*

Received: 15.03.17

Accepted: 05.07.17

Вопрос о возможности допуска к вредным и опасным работам больных со стойким снижением слуха весьма актуален из-за многочисленности людей с такого рода расстройством здоровья. Так, по данным ВОЗ, от инвалидизирующей потери слуха страдает более 5% населения мира, что составляет около 360 млн человек [1]. В Российской Федерации около 12 млн человек страдают тугоухостью [2]. Учет больных со сниженным слухом трудоспособного возраста в официальной российской статистике не ведется, но и по вышеприведенным сведениям понятно, что поднятый вопрос затрагивает судьбы миллионов людей. Вызывают озабоченность и данные мировой статистики о том, что 12% несчастных случаев на производстве обуславливаются сочетанием интенсивного шума и сниженного слуха работников [3].

В связи с указанными обстоятельствами в нашей стране традиционно существовали ограничения допуска больных со сниженным слухом на работы, связанные с воздействием шума и ряда других вредных производственных факторов (ВПФ), а также на травмоопасные работы довольно широкого перечня (на высоте, связанные с действующими электроустановками и взрывоопасным оборудованием, вождением транспортных средств). В последние несколько лет отмечается тенденция к реформированию нормативной базы в сфере профпатологии, направленная на либерализацию подходов к допуску глухих и близких к ним по состоянию слуха больных на большинство вредных и опасных работ. Несмотря на серьезность возможных последствий такого рода реформ, предложенные нововведения, к сожалению, не получили обоснования материалами современных исследований в плане расчета риска повреждения здоровья у слабослышащих больных после их допуска к вредным и опасным работам. Вышедшие в 2015 г. методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике потери слуха, вызванной шумом [3], содержат раздел по экспертизе профессиональной пригодности, не охватывающий в полном объеме всех возможных ситуаций в данной области экспертизы. С учетом актуальности проблемы нами выполнен критический анализ ранее существовавшей и современной нормативной базы по рассматриваемым вопросам.

Цель исследования: создание методического обеспечения нормативно-правовых актов в области экспертизы профессиональной пригодности, которое позволило бы достичь успешной профессиональной реабилитации больных со сниженным слухом при минимизации риска развития профессионального заболевания (ПЗ) или получения производственной травмы вследствие воздействия вредных и опасных производственных факторов.

Задача исследования: определить возможные позитивные и негативные эффекты от изменений, внесенных в последние годы в нормативно-правовую базу по профпатологии в отношении экспертизы профессиональной пригодности больных со сниженным слухом.

В связи с отсутствием в нашей стране статистики по количеству больных со стойким снижением слуха, числу несчастных случаев на производстве по причине дефекта слуха работников и частоте прогрессирования расстройств слуха вследствие воздействия производственного шума, в анализе нам в основном при-

ходилось опираться на личный опыт работы и изучение действующих и ранее применявшихся нормативных актов по экспертизе профессиональной пригодности больных со сниженным слухом.

Нами проанализированы действующие нормативные документы, определяющие порядок определения профессиональной пригодности работников в условиях воздействия шума, превышающего ПДУ, и на работах, связанных с риском получения производственной травмы: от Постановления Совета министров СССР № 5354 от 27.12.1951 «О мероприятиях по борьбе с глухотой и глухонемой и улучшению обслуживания глухонемых и глухих», до приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводится обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (далее – приказ № 302н) в действующей редакции.

Вопрос о допуске слабослышащих больных на вредные и опасные работы в нашей стране поднят не впервые. В частности, 27 декабря 1951 г. вышло Постановление Совета министров СССР № 5354 «О мероприятиях по борьбе с глухотой и глухонемой и улучшению обслуживания глухонемых и глухих». Данное постановление частично корректировалось поправками (изменения вносились не менее 4 раз вплоть до 1989 г.), и, что интересно, в базе юридических документов «КонсультантПлюс» оно до сих пор числится как имеющее юридическую силу [4]. В дальнейшем в развитие концепций указанного постановления правительства был издан целый ряд нормативных актов, детализировавших перечень работ и профессий, в которых допускался или запрещался труд глухих и слабослышащих рабочих. Был предусмотрен также особый порядок производственного обучения слабослышащих и глухонемых подростков с подробным перечислением профессий, для освоения которых оно могло проводиться.

Идеология этих документов советской эпохи предполагала широкое привлечение глухих и слабослышащих людей в работу в машиностроительной, трикотажной и горнодобывающей промышленности, но при обязательном проведении специального обучения с инструкторами, владеющими навыками руководства больными с дефектами слуха. Вопрос о пригодности к работе трудящихся со сниженным слухом решался в каждом отдельном случае индивидуально с учетом особенностей функционального состояния организма, характера и выраженности патологии слуха, возраста, профессиональной подготовки, стажа работы, условий труда и других факторов. Глухие и слабослышащие рабочие трудоустраивались группами, работали при поддержке специального штата инструкторов и воспитателей, им разрешались преимущественно вспомогательные работы, не требующие слаженных командных действий. Вопросы оптимизации трудоустройства глухих и слабослышащих больных курировались не менее чем десятью министерствами и Всероссийским обществом глухонемых (ВОГ). Примечательно, что полностью

глухие допускались на работы, связанные с воздействием интенсивного шума, но для больных с выраженным снижением слуха такие работы указывались как противопоказанные во избежание риска формирования глухоты.

Нормативные акты в указанной области, издававшиеся в РФ с 90-х годов прошлого века, имели существенно другую направленность. Так, действовавший более 15 лет приказ Минздравмедпрома РФ от 14.03.1996 № 90 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии», наоборот, был крайне категоричен в отношении допуска больных со сниженным слухом на шумоопасные работы. Всякое стойкое снижение слуха рассматривалось как противопоказание для допуска на такие работы. Возможность индивидуального допуска старослужащих работников на вредные и опасные работы в нем уже не была предусмотрена.

С категоричностью этого приказа вполне согласовались и предписания Санитарных правил СП 2.2.9.2510–09 «Гигиенические требования к условиям труда инвалидов» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2009 № 30), согласно которым:

- «противопоказанными для трудоустройства инвалидов являются условия труда, характеризующиеся наличием ВПФ, превышающих гигиенические нормативы...»;
- «инвалиды с поражением органов слуха не допускаются к работам в условиях интенсивного шума и локальной производственной вибрации, с движущимися механизмами».

Приказ № 302н в первоначальной редакции сделал возможным продолжение работы в условиях интенсивного шума для больных с начальной и умеренно выраженной степенью профессиональной тугоухости. Затем при его коррекции¹ была введена возможность допуска к работе в этих условиях и к большинству травмоопасных работ больных с выраженной степенью потери слуха или с его полным отсутствием (глухотой).

В то же время методические документы [5, 6], которыми руководствуются бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ), по-прежнему основаны на жестких предписаниях СП 2.2.9.2510–09 от 18.05.2009. Указывается даже на нежелательность трудоустройства инвалидов со слуховыми протезами на работы, связанные с шумом интенсивностью от 70 дБА (что ниже ПДУ в 80 дБА), так как «сильный шум (70–80 дБ и выше) и вибрация могут привести к смещению слухового протеза и потере слуха» [5].

В развитие вышеописанных предписаний нормативно-правовых актов советского времени о приеме глухонемых на шумоопасные работы в период социалистической модели экономики на крупные машиностроительные предприятия Ленинграда были трудоустроены сотни глухонемых рабочих. Контингент такого рода в основном осваивал профессии судосборщиков, судовых рубщиков, обрубщиков, формовщиков, то есть – те области деятельности, в которых помимо интенсивного шума существовали и такие ВПФ, как вибрация, физический перегрузки, высокая запыленность.

С одной стороны, здесь был положительный момент. Глухонемой (обычно инвалид с детства) осваивал квалифицированную профессию с заработком не ниже среднего, то есть происходила его адекватная профессиональная реабилитация. Но, с другой стороны, многолетний опыт работы профпатологов позволил сделать совсем не оптимистичные выводы. В период, когда металлообрабатывающая промышленность Ленинграда и (позже) Санкт-Петербурга до середины 90-х годов прошлого века работала относительно интенсивно, в поликлинику Ленинградского НИИ гигиены труда и профзаболеваний (теперь – ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья»

¹ Приказ Минздрава России от 05.12.2014 № 801н «О внесении изменений в приложения № 1 и № 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»».

Роспотребнадзора) глухонемые, уже стажированные рабочие, регулярно направлялись группами в сопровождении сурдопереводчиц. Это было связано с выявлением у них признаков ПЗ, причем обычно уже нескольких. Шумовая тугоухость у таких рабочих не возникала, но формировались, например, вибрационная болезнь, радикулит, миофиброзы, пылевые бронхиты. В тот период времени в городе регистрировались от 250 до 700 больных ПЗ в год, из них порядка 3–4 человек были глухонемыми. Учитывая, что официальная статистика по ПЗ была сильно заниженной [7, 8], масштабы распространенности ПЗ среди глухонемых и слабослышащих работников (как и среди работников с сохраненным слухом) следует признать куда более значительными.

В итоге, при стаже примерно от 15 лет, квалифицированные глухие и слабослышащие рабочие нередко меняли статус инвалидности с «инвалид с детства» на «инвалид по ПЗ» и начинали ежегодно получать от работодателя (до 2000 г.), а потом от Фонда социального страхования РФ, денежные выплаты, которые обычно были достаточно значительными (порядка 30–50% среднемесячной заработной платы с ежегодной индексацией). В связи с утратой возможности трудиться в прежней квалифицированной профессии и получением практически пожизненной ренты за ущерб, причиненный ПЗ, такой контингент глухих и слабослышащих больных далее больше не работал. Осваивать еще одну профессию не позволяли уже малоперспективный для обучения возраст и существовавшие с детства проблемы со слухом; отсутствовал также экономический стимул, так как при успешном освоении новой квалифицированной профессии при очередном переосвидетельствовании бюро МСЭ нередко снижались проценты утраты.

Резюмируя, приходится сделать вывод, что стратегия профессиональной реабилитации глухих и слабослышащих больных путем их направления на шумоопасные работы в многолетней перспективе в не малом числе случаев была безупречной, так как нередко приводила к переходу инвалидов с детства в категорию «инвалид по ПЗ». Причем после формирования у работника ПЗ существенно увеличивались расходы государства на его социальную поддержку, так как выплаты больному ПЗ, имеющему хотя бы 30–40% утраты профессиональной трудоспособности, существенно выше, чем пенсия инвалида с детства.

Учитывая вышеизложенное, подходы к реабилитации глухих и близких к ним по состоянию слуха больных должны строиться на следующих принципах:

1. Реабилитировать людей с ограниченными возможностями (в том числе слабослышащих и глухонемых) необходимо, и лучшим путем реабилитации для них является освоение профессий квалифицированного труда с достойным заработком.
2. Но в предлагаемых профессиях не должен быть заложен существенный риск развития ПЗ или несчастного случая на производстве с исходом в трудовое увечье.

Профессий, где шум является единственным ВПФ, практически нет. В подавляющем большинстве случаев, осваивая профессии, связанные с воздействием нескольких вредных и опасных факторов, люди с ограниченными возможностями оказываются в ситуации, где есть реальный риск навсегда усугубить состояние своего здоровья и утратить профессиональную пригодность вследствие ПЗ или трудового увечья.

Поэтому мы считаем обоснованным альтернативный, по отношению к практике советского периода и внедряемый в последние годы нововведениям, принцип: людям с ограниченными возможностями надо обеспечивать условия для адекватной профессиональной реабилитации, но при этом тех, кто уже имеет ограниченные возможности (в том числе слабослышащих), не следует допускать к любым работам с реальным риском развития ПЗ или получения травмы на производстве (трудоустройство увечья), в том числе к подавляющему большинству шумоопасных работ.

Теперь проведем логический анализ уже осуществленных изменений в нормативно-правовой базе по профпатологии. В ныне действующей редакции приказа № 302н установлена следующая формулировка противопоказаний для допуска к шумоопасным работам на предварительном медицинском осмотре: «Стойкие (3 месяца и более) нарушения слуха...». Логичнее было бы указать в положении об общих правилах проведения

медицинских осмотров, что при острых заболеваниях с расстройством функций, значимых для работы под воздействием указанных в направлении ВПФ, вопросы о противопоказаниях к работе не решаются до определившегося исхода заболевания.

Положение приказа № 302н «О возможности допуска к шумоопасным работам больных с крайней степенью снижения слуха или с полной его утратой» противоречит вышеуказанным СП 2.2.9.2510–09 и методическим документам МСЭ, которые указывают на недопустимость такого трудоустройства инвалидов по слуху. Эта ситуация, по нашему мнению, должна быть как можно скорее исправлена приведением приказа № 302н в соответствие с СП 2.2.9.2510–09.

На этапе экспертизы профессиональной пригодности больных со сниженным слухом в ходе периодических медицинских осмотров проблем и вопросов возникает, увы, больше. По тексту приказа № 302н вопрос о допуске решается на основании классификации количественных потерь слуха у работающих в условиях воздействия шума и вибрации. Проблема в том, что классификаций тугоухости несколько [1, 3, 9, 10] и в обязательных к применению нормативных документах нет четкого указания на то, какую классификацию следует применять при проведении экспертизы профпригодности. При этом предложенная в 2015 г. классификация [3] не полностью согласуется с текстом приказа № 302н, так как содержит градации тугоухости², не упоминаемые в данном приказе. По нашему мнению, оптимальной является классификация В.Е. Остапкович и Б.В. Панковой [9], поскольку она ориентирована как на характерные особенности расстройств слуха у больных с шумовой тугоухостью, так и на особенности экспертизы трудоспособности работников, для которых слуховая функция является профессиональной.

Далее по содержанию противопоказаний. При I ст. тугоухости противопоказания определяются при наличии отрицательной динамики в течение года. Какие именно критерии следует использовать для достоверного определения наличия отрицательной динамики? С нашей точки зрения, учитывая совокупность погрешностей, заложенных в методике аудиометрии (хотя бы с учетом того, что пациент может в разные периоды времени проявлять разную степень внимания), уверенно говорить о прогрессировании тугоухости можно при приросте порога восприятия (повышении порогов слуха) примерно на 10 дБ, то есть уже при переходе от I ст. ко II ст.

В тексте приказа № 302н об этом ничего не сказано, тем самым остается широкое поле для злоупотреблений при решении вопроса о наличии противопоказания к работе вследствие прогрессирования расстройств слуха. Возникает вероятность конфликта интересов как со стороны медицинских организаций и работодателей, так и со стороны работников. Возможны недопонимания и с определением границ временного периода «в течение года». Что делать, если медосмотры реально проходили с периодом в 2–3 года? В связи со всем вышесказанным представляется уместным вернуть более обоснованный первоначальный вариант противопоказаний, предложенный еще в 1982 г. В.Е. Остапкович и А.В. Брэфманом: при I ст. противопоказания для продолжения шумоопасных работ не устанавливаются [11].

Рассмотрим имеющиеся в действующей редакции приказа № 302н противопоказания в отношении II ст. потери слуха. После повторения формулировки о противопоказании «при наличии отрицательной динамики в течение года» указывается, что при тугоухости II степени противопоказания к продолжению шумоопасных работ устанавливаются при наличии сопутствующей патологии, такой как:

- «заболевания центральной нервной системы». Здесь, с нашей точки зрения, желательны пояснения, касающиеся конкретных диагнозов и характера течения заболеваний;
- «вертебро-базиллярная недостаточность». Используя предусмотренные приказом № 302н методы исследования по фактору «производственный шум» (приложение 1, п. 3.5), ее выявить невозможно. Для строгого доказательства наличия этого нару-

шения нужны хотя бы реоэнцефалография, а лучше ультразвуковая доплерография или дуплексное сканирование брахицефальных сосудов, но для шумоопасных работ они не предусмотрены даже со сноской «по показаниям»;

- «ишемическая болезнь сердца». Опять возникает закономерный вопрос: какие именно проявления ИБС (с учетом тяжести и прогноза) следует расценивать как противопоказание?

- «язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки в стадии обострения». Формулировка явно методологически неудачна. Если болезнь в стадии обострения, то окончательно решать вопрос о профпригодности больного не следовало бы вообще. Окончательное решение представляется уместным после определившегося результата лечения на основании достигнутого уровня компенсации.

С нашей точки зрения, противопоказания уместно изложить с учетом рекомендаций классических руководств по профессиональной патологии [11] следующим образом. При тугоухости II степени противопоказания определяются:

- у относительно молодых работников по факту установления II степени тугоухости, так как есть риск быстрого прогрессирования ПЗ при его развитии на фоне исходно низкой резистентности к шуму;

- у стажированных пожилых работников при прогрессировании тугоухости не менее чем на 5 дБ с момента определения II степени расстройств слуха. (В этой группе обычно наблюдается картина развития патологии слуха на фоне достаточной резистентности к шуму и быстрого прогрессирования с угрозой III степени).

Вызывает недоумение, что относительно профессиональной пригодности больных с III степенью тугоухости в действующей редакции приказа № 302н ничего конкретного не сказано. Возникает возможность двойного толкования: то ли III степень тугоухости можно не считать противопоказанием, так как она явно не указана среди противопоказаний, то ли логическим путем следует сделать заключение, что она является противопоказанием, так как может возникнуть только из II степени путем ее прогрессирования. Чтобы таких логических коллизий не было, представляется уместным вернуть ранее существовавшую формулировку противопоказаний: при III степени тугоухости продолжение работы в условиях превышающего ПДУ шума противопоказано независимо от всех возможных обстоятельств [11]. При данной степени потери слуха уже есть ощутимый риск формирования значимой социальной декомпенсации.

Что касается вопроса о возможности продолжения работы в условиях превышающего ПДУ шума больных с терапевтическими и неврологическими заболеваниями, то логичнее не привязывать его решение жестко к сочетанию этой патологии со II степенью тугоухости, а использовать такую трактовку: противопоказания устанавливаются при наличии заболеваний ЦНС, желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы на основании тенденции к их прогрессирующему и декомпенсированному течению вне зависимости от остроты слуха.

К сожалению, логические неувязки с вопросами о допуске слабослышащих больных к работам возникают в ситуациях, связанных с повышенным риском производственного травматизма (приложение 2, п. 1 и п. 10 – работы на высоте и работы на механическом оборудовании, имеющем открытые движущиеся (вращающиеся) элементы). Как противопоказание указано «стойкое понижение слуха (3 месяца и более) любой этиологии, одно- или двустороннее (острота слуха: шепотная речь не менее 3 м)...» Но ведь с формальной точки зрения острота слуха с восприятием шепотной речи на расстоянии не менее 3 метров – это восприятие такой речи с 4–5 метров, с которым традиционно допускали к травмоопасным работам. После изменения получается, что с восприятием шепотной речи с 4–5 метров устанавливаются противопоказания (хотя при этом восприятие звуковых сигналов и речевых команд еще сохраняется на достаточно адекватном уровне), а с 3 метров и меньше – нет. Тогда как по существу дела должно быть наоборот.

Идеология действующей редакции разрешает допуск к работам больных с выраженной потерей слуха (III–IV степень по классификации ВОЗ) и глухотой при наличии у них профессионального обучения безопасным методам ведения работ. Возни-

² Классификация включает, в частности, степени IA, IB, IV и «глухота». При этом в приказе № 302 не регламентированы экспертные решения по указанным градациям потери слуха, также известно, что при шумовой тугоухости полная глухота никогда не формируется. – *Примеч. авторов.*

кает закономерный вопрос о логике такого подхода. Если человека с полной глухотой или IV ст. тугоухости по классификации ВОЗ можно обучить безопасно работать на станке, то почему это невозможно для рабочего с восприятием шепотной речи, например, на расстоянии в 2 метра на оба уха? Здесь логичнее сделать вывод, что рассматриваемый вопрос имеет не медицинский характер – скорее проблема сводится к выбору тактики обучения работника со стороны службы охраны труда. Если человека можно обучить безопасной технике работ на высоте или на механическом оборудовании независимо от степени тугоухости, то на основании выраженности снижения слуха надо решать вопрос не о противопоказаниях к работам, а о необходимости варианта специального дополнительного обучения методике выполнения таких работ. При этом работники с более сохраненным слухом не должны быть ущемлены по сравнению с больными с меньшей степенью сохранности звуковосприятия.

Явно нуждается в уточнении и критерий допуска к опасным работам больных с выраженным односторонним снижением слуха, когда при существенной потере звуковосприятия на одно ухо на другое сохраняется восприятие шепотной речи на расстоянии около 5–6 метров. Действующая редакция вышеупомянутого приказа дает возможность толкования в пользу допуска такого пациента на опасные работы. Но в ряде случаев здесь вполне возможен повышенный риск несчастного случая, так как при грубом нарушении бинаурального слуха такой работник в экстраординарной ситуации не сможет правильно локализовать источник звука (все звуки воспринимаются как поступающие со стороны лучше слышащего уха, даже когда их источник находится со стороны хуже слышащего). Очевидно, нужен четкий и детальный перечень работ, для которых противопоказанием является снижение слуха хотя бы на одно ухо. Причем такое решение должны принимать не столько медики, сколько специалисты по технике безопасности.

Следует учитывать и тот факт, что с 1996 по 2012 г. не было никаких медицинских противопоказаний для приема на работы на механическом оборудовании, так как медицинские осмотры по этому фактору не предусматривались действовавшими тогда приказами Министерства здравоохранения. Вследствие указанных обстоятельств, за приведенный 16-летний период, на такие работы принимали и больных со сниженным слухом. Теперь таким работникам, если они не достигли IV степени тугоухости по классификации ВОЗ, надо на формальном основании определять противопоказание, хотя среди них есть те, кто более 10 лет отработал без травм. Здесь была бы уместна ссылка, что уже ранее принятые работниками со стойким снижением слуха могут быть оставлены на прежней работе на основании длительного стажа работы без несчастных случаев либо после дополнительного обучения технике безопасности (которое ныне предлагается для глухих).

Вызывает вопрос и отсутствие современной доказательной методики обоснования критической величины остроты слуха, при которой еще возможен допуск к опасным работам. Например, почему для допуска к большинству опасных работ установлен критерий восприятия шепотной речи на расстоянии 3 метров, а для вождения автомобиля критическим является уже восприятие разговорной речи с 3 метров? Возникает труднообъяснимая двойственность, когда больному с восприятием на оба уха шепотной речи с 2 метров уже нельзя работать с электроустановками, но водить грузовой автомобиль ему можно, пока сохраняется восприятие разговорной речи на расстоянии не менее 3 метров. Хотя последствия несчастного случая при аварии с участием грузовика, очевидно, гораздо тяжелее, чем электроавария у электрика.

К сожалению, традиционно нет никаких комментариев и в отношении того, возможен ли допуск слабослышащих работников хотя бы на некоторые опасные работы при условии использования ими слуховых аппаратов. Если идея выполнения верхолазных работ с использованием слуховых аппаратов вызывает серьезные опасения (аппарат можно потерять при энергичной работе на высоте), то возможность работы электриком со слуховым аппаратом выглядит вполне логичной, раз уж электрику с аномалиями рефракции разрешено работать в очках.

Нам не удалось найти обоснованного на материалах современных исследований обоснования установленных в экспертизе

профессиональной пригодности критериев остроты слуха. От сурдологов с большим стажем работы в профпатологии получена информация, что ныне существующие подходы возникли более полувека назад и традиционно переходили из одного приказа Министерства здравоохранения в другой.

Представляется уместным и логичным провести на тренажерах экспериментальные исследования по научной оценке риска возникновения аварийных ситуаций в типичных профессиях современного производства и поставить эксперимент на распространенных моделях широко эксплуатируемых автомобилей с участием не только медиков, но и специалистов по технике безопасности, методике производственного обучения. Полученные таким образом величины неприемлемого риска аварии или несчастного случая и были бы научно обоснованными критериями допуска по остроте слуха на те или иные работы. Однако нам не удалось найти какие-либо данные о том, что такие исследования проводились или хотя бы планируются к проведению.

Заключение

Критерии допуска на вредные и опасные работы больных с расстройствами слуха различной степени содержат ряд методологических противоречий. Требуется конкретизация и четкая дифференцировка критериев определения профессиональной пригодности к вышеуказанным работам у лиц с расстройствами слуха. Необходима разработка научного обоснования определения степени профессионального риска (нарушений здоровья и травматизма) при выполнении различного вида работ больными с дефектами слуха, на основании которой и должны быть установлены критерии допуска к работам в условиях воздействия вредных и опасных факторов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Бобошко М.Ю., Голованова Л.Е., Владимирова О.Н. К вопросу об оценке степени тугоухости. *Российская оториноларингология*. 2015; (5): 24–7.
2. Панкова В.Б., Бушманов А.Ю. Проблемы тугоухости у лиц летных профессий гражданской авиации России. *Вестник оториноларингологии*. 2014; (6): 27–30.
3. Аденинская Е.Е., Бухтияров И.В., Бушманов А.Ю., Дайхес Н.А., Денисов Э.И., Измеров Н.Ф. и др. *Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике потери слуха, вызванной шумом*. М.; 2015. URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=query&div=LAW&opt=1&REFDOC=10102&REFBASE=ESU&REFPAGE=0&REFTYPE=CDLT_GDAS_BACKREFS&ts=2397414864909668298#0
4. Лунёв В.П., Лазарева Е.С. *Медико-социальная экспертиза лиц с нарушением слуха (методические рекомендации)*. Орел; 2011.
5. Помников В.Г., ред. *Стойкие нарушения слуха у взрослых и детей: вопросы диагностики, медико-социальной экспертизы, реабилитации и абилитации*. СПб.; 2017.
6. Бойко И.В., Наумова Т.М., Герасимова Л.Б. Об эффективности периодических медицинских осмотров в Ленинграде–Санкт-Петербурге. *Проблемы социальной гигиены и истории медицины*. 1997; (3): 8–9.
7. Ретнев В.М., Шляхецкий Н.С., Бойко И.В. Результаты эпидемиологических исследований профессиональной заболеваемости. *Медицина труда и промышленная экология*. 2001; (10): 33–6.
8. Измеров Н.Ф., ред. *Профессиональная патология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
9. Синева Е.Л., Кирьяков В.А., Федина И.Ф., Преображенская Е.А. *Диагностика, экспертиза трудоспособности и профилактика профессиональной сенсоневральной тугоухости: Методические рекомендации*. М.; 2012.
10. Остапкович В.Е., Брэфман А.В. *Профессиональные заболевания ЛОР-органов*. М.: Медицина; 1982.

References

1. Boboshko M.Yu., Golovanova L.E., Vladimirova O.N. On the question of evaluating the degree of hearing loss. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2015; (5): 24–7. (in Russian)
2. Pankova V.B., Bushmanov A.Yu. Deafness problems in the Russian civil aviation pilots. *Vestnik otorinolaringologii*. 2014; (6): 27–30. (in Russian)
3. Adeninskaya E.E., Bukhtiyarov I.V., Bushmanov A.Yu., Daykhes N.A., Denisov E.I., Izmerov N.F., et al. *Federal Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Hearing Loss Caused by Noise [Federal'nye*

- klinicheskie rekomendatsii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike poteri slukha, vyzvanoy shumom*. Moscow; 2015. (in Russian) URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=query&div=LAW&opt=1&REFDOC=10102&REFBASE=ESU&REFPAGE=0&REFTYPE=CDLT_GDAS_BACKREFS&ts=2397414864909668298#0.
4. Lunev V.P., Lazareva E.S. *Medical-social Examination of Persons with Hearing Impairment (Guidelines) [Mediko-sotsial'naya ekspertiza lits s narusheniem slukha (metodicheskie rekomendatsii)]*. Orel; 2011. (in Russian)
 5. Pomnikov V.G., ed. *Persistent Hearing Loss in Adults and Children: Diagnostics, Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Habilitation [Stoykie narusheniya slukha u vzroslykh i detey: voprosy diagnostiki, mediko-sotsial'noy ekspertizy, reabilitatsii i abilitatsii]*. St. Petersburg; 2017. (in Russian)
 6. Boyko I.V., Naumova T.M., Gerasimova L.B. The effectiveness of periodic medical examinations in Leningrad–St. Petersburg. *Problemy sotsial'noy gigieny i istorii meditsiny*. 1997; (3): 8–9. (in Russian)
 7. Retnev V.M., Shlyakhetskiy N.S., Boyko I.V. Results of epidemiological studies of occupational disease. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya*. 2001; (10): 33–6. (in Russian)
 8. Izmerov N.F., ed. *Professional Pathology. National Guidelines [Professional'naya patologiya. Natsional'noe rukovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2011. (in Russian)
 9. Sineva E.L., Kir'yakov V.A., Fedina I.F., Preobrazhenskaya E.A. *Diagnostics and Expertise Disability and Prevention of Occupational Sensorineural Hearing Loss: Guidelines [Diagnostika, ekspertiza trudospособnosti i profilaktika professional'noy sensorneural'noy tugoukhosti: Metodicheskie rekomendatsii]*. Moscow; 2012. (in Russian)
 10. Ostapkovich V.E., Brofman A.V. *Occupational Diseases of Ear, Nose and Throat [Professional'nye zabolevaniya LOR-organov]*. Moscow: Meditsina; 1982. (in Russian)

Поступила 15.03.17
Принята к печати 05.07.17

© ВОРОНКОВА С.В., 2017

Воронкова С.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ДОПУСКА МИГРАНТОВ К РАБОТЕ В ДЕКРЕТИРОВАННЫХ ПРОФЕССИЯХ

ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора, 191036, Санкт-Петербург

Показано, что на сегодняшний день миграционные процессы влияют на уровни инфекционной заболеваемости, особенно в крупных мегаполисах. Состояние здоровья населения напрямую зависит от степени грамотности работников, прежде всего декретированных контингентов, профессиональная деятельность которых связана с высокой эпидемиологической опасностью. В отношении определенных видов работ наряду с медицинскими освидетельствованиями иностранным гражданам (лицам без гражданства) для выдачи разрешения или патента на работу в Российской Федерации законом регламентированы обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры с оформлением личных медицинских книжек, прохождением профессиональной гигиенической подготовки и аттестации. К таким работам относятся деятельность, связанная с производством, хранением, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитание и обучение детей, коммунально-бытовое обслуживание населения и др. Рассмотрены положения основных нормативно-правовых актов по объемам обязательного знания русского языка и медицинских освидетельствований для получения разрешения на работу мигрантами. Выявлены ключевые организационно-правовые и методические аспекты, требующие координации деятельности государственных структур и функционирования предприятий. Проанализированы вопросы информированности мигрантов о требованиях медицинской профилактики, в том числе здорового образа жизни, исследованы основные причины несоблюдения миграционного и санитарно-эпидемиологического законодательства.

Ключевые слова: медицинское освидетельствование; иностранные граждане; предварительные (периодические) медицинские осмотры; нормативно-правовое регулирование; гигиеническая подготовка; личные медицинские книжки.

Для цитирования: Воронкова С.В. Административное регулирование допуска мигрантов к работе в декретированных профессиях. *Гигиена и санитария*. 2017; 96(7): 646–651. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0016-9900-2017-96-7-646-651>

Для корреспонденции: Воронкова Светлана Владимировна, магистр общественного здравоохранения, зам. главного врача клиники профпатологии по развитию ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора, 191036, Санкт-Петербург. E-mail: sv3341015@yandex.ru

Voronkova S.V.

ADMINISTRATIVE RULES OF ADMISSION OF MIGRANTS FOR WORK IN DECREED PROFESSIONS

North-West Public Health Research Center, Saint-Petersburg, 191036, Russian Federation

In the article there are considered questions of legal regulation of the admission of foreign nationals (or individuals without nationality) to work in decreed professions in the Russian Federation. To date migration processes are shown to affect not only the demographic situation in our country, but the level of infectious diseases rates, especially in large cities. The health status of the population depends directly on the literacy level of workers in various industries, especially decreed contingents of high epidemiological risk. It is noted that along with the medical examination of foreign citizens (persons without citizenship) for issuance of a work permit or a patent in the Russian Federation in the framework of the immigration laws in Bodies of internal. Affairs, the law provides for obligatory preliminary and periodic medical examinations for certain types of work with registration of personal medical books, the passage of professional hygienic preparation and certification. These kinds of economic activities include organizations associated with the production, storage, transportation and sale of food products and drinking water, the upbringing and education of children, municipal and consumer services. There are considered provisions of the main legal acts in the volume of medical examinations and obligatory knowledge of Russian for obtaining the work permit of migrants. There are identified key organizational-legal and methodological and problematic aspects that require coordination of activities of state structures and functioning of enterprises. The training of the special contingent is noted to contribute