

сокие значения молекул клеточной адгезии, особенно в группах ХОБЛ+БА и БА. Согласно литературным данным, экспрессию молекул клеточной адгезии контролируют IL-4 и ФНО- $\alpha$ . С другой стороны, молекулы адгезии способствуют миграции и закреплению клеток воспаления на эндотелии, при этом ICAM-1 способствуют закреплению преимущественно нейтрофилов, базофилов, эозинофилов, моноцитов, лимфоцитов, а VCAM-1 – базофилов, эозинофилов, моноцитов и лимфоцитов, но не нейтрофилов [9]. Поскольку в нашем исследовании во всех группах были установлены высокие уровни как ICAM-1, так и VCAM-1, причем в обоих периодах обследования, можно предположить наличие смешанного воспаления, в том числе с участием не только эозинофилов, базофилов, лимфоцитов, но и нейтрофилов при тяжелой БА и при сочетании ХОБЛ и БА.

**Заключение.** Таким образом, при сочетании ХОБЛ и БА в сравнении с изолированными ХОБЛ и БА имеют место наиболее выраженные нарушения бронхиальной проходимости, легочной гемодинамики и сократительной функции миокарда. По характеру изменений цитокинового профиля тяжелые формы ХОБЛ и БА сближаются. Наибольшая степень активности провоспалительных, противовоспалительных цитокинов и молекул адгезии выявлена при сочетанной патологии не только в периоде обострения заболеваний, но и в дебюте ремиссии.

УДК613.6:625.1]:616-082(045)

Обзор

### АКТУАЛЬНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

**Е.В. Молодцова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, аспирант кафедры поликлинической терапии; **Г.Н. Шеметова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, заведующая кафедрой поликлинической терапии, доктор медицинских наук.

### ACTUAL AND UNSOLVED ISSUES OF CURATIVE AND PROPHYLACTIC CARE ORGANISATION IN RAILWAY MEDICINE

**E.V. Molodtsova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Polyclinic Therapy, Post-graduate; **G.N. Shemetova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Polyclinic Therapy, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 12.10.09 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.

**Е.В. Молодцова, Г.Н. Шеметова.** Актуальные и нерешенные проблемы организации лечебно-профилактической помощи в условиях железнодорожной медицины. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 1, с. 88–94.

В обзоре проанализированы современные данные о состоянии лечебно-профилактической помощи в условиях железнодорожной медицины. Указаны нерешенные проблемы, касающиеся организации и обеспечения качества профилактической и реабилитационной работы, свидетельствующие о необходимости дальнейшего изучения этих вопросов и разработки научно обоснованных программ по оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** профилактика заболеваний, первичная медико-санитарная помощь, лечебно-профилактическая помощь, реабилитация, железнодорожная медицина.

**E.V. Molodtsova, G.N. Shemetova.** Actual and unsolved issues of curative and prophylactic care organisation in railway medicine. Saratov Journal of Medical Scientific Research, Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 1, p. 88–94.

In the article the actual data about the state of curative and prophylactic medical care in railway medicine have been analyzed. Unsolved issues are presented in the study. They concern with the organization and quality supply in prophylactic and rehabilitation work. These problems demand a necessity of further research in this area and development of scientific programs for optimization of curative and prophylactic measures.

**Key words:** disease prevention, primary health care, curative and prophylactic care, rehabilitation, railway medicine.

Медицинская служба на железнодорожном транспорте — важнейшая отрасль народного хозяйства, обеспечивающая успешное развитие промышлен-

ности, обороноспособность и безопасность нашей страны, является неотъемлемой частью государственного здравоохранения и призвана оказывать лечебно-профилактическую помощь работникам железнодорожного транспорта и транспортного строительства в оптимальном объеме и адекватном качестве [1, 2].

Ответственный автор — Молодцова Елена Владимировна  
410054 г. Саратов, ул. 1-ая Беговая, дом 7, кв. 28;  
Тел.: 89271394059;  
E-mail: Molodcova@yandex.ru

Основы организации лечебного и санитарного дела на железнодорожном транспорте определены многолетней историей эффективной борьбы с инфекциями, распространенными по пути сообщения, единообразными по исполнению мероприятиями по ликвидации аварий с опасными грузами и катастрофами в пассажирском сообщении, с ритмичным круглосуточным обслуживанием транспортного конвейера во всех службах и хозяйствах [3, 4, 5]. Касаясь вопроса организации лечебно-профилактической помощи важно указать основные задачи железнодорожной медицины, которые менялись в зависимости как от технического прогресса (в строительстве железных дорог, в виде тяги, эксплуатации и т. д.), так и от социально-экономических условий, условий общей окружающей обстановки, успехов медицины (в первую очередь от успехов в борьбе с эпидемиями и т. п.). К основным специальным задачам железнодорожной медицины можно отнести:

- медицинское обеспечение безопасности движения поездов;
- медицинскую готовность к перевозке опасных грузов;
- специальные клинические вопросы, к которым относятся профессиональные заболевания и профессиональные аспекты общих заболеваний у работников железнодорожного транспорта;
- профилактика «износа организма» и заболеваний у работающих железнодорожников через разработку и обеспечение режимов труда и отдыха, гигиену труда;
- санитарно-эпидемиологические вопросы, медицинское обеспечение пассажиров.

Современное железнодорожное здравоохранение располагает мощной ресурсной (материально-технической и кадровой) базой. По данным департамента медицинского обеспечения ОАО «РЖД» в настоящее время функционируют 170 больниц на 30,5 тысяч коек; 85 амбулаторно-поликлинических учреждений мощностью 200 тысяч посещений в смену (на 10 тысяч прикрепленного населения — 255 посещений); 1047 здравпунктов и 197 медпунктов при вокзалах; 292 фельдшерско-акушерских пунктов; 360 санитарно-эпидемиологических учреждений. Имеется своя служба переливания крови, аптечная сеть, реабилитационная база и т. д. Общий контингент железнодорожников и прикрепленного к железнодорожным лечебным учреждениям территориального населения составляет 3,751 миллионов человек (декабрь 2008 г.). В системе железнодорожного здравоохранения общее число штатных медицинских должностей — 20,2 тысяч, укомплектованность — 94,2%. Обеспеченность врачами на 10 тысяч прикрепленного населения — 37,9 [6].

Необходимо отметить, что организация лечебно-профилактической помощи пациентам в условиях железнодорожной поликлиники имеет ряд особенностей, связанных со спецификой ведомственного характера работы лечебно-профилактических учреждений. Так, в настоящее время, на железнодорожном транспорте сложилась система медицинского контроля, регламентированная целым рядом инструктивно-нормативных документов. Эта система включает в себя проведение предварительных, при поступлении на работу, медицинских осмотров, предрейсовые медицинские осмотры и периодические медицинские освидетельствования работников [7, 8, 9]. При осуществлении медицинских профилактических осмотров и профессионального отбора пред-

являются высокие требования к состоянию здоровья работников, связанных с безопасностью движения поездов. Строгое соблюдение требований приказов ОАО «РЖД» способствует выявлению заболеваний на ранних стадиях. Работу по медицинскому освидетельствованию железнодорожников осуществляет более 300 врачебно-экспертных комиссий, число осматриваемых превышает 500 тысяч в год.

Предрейсовые медосмотры работников локомотивных бригад, впервые введенные еще в 1965 году, сейчас осуществляет более двухсот фельдшерских пунктов с числом осмотров порядка 20-30 миллионов в год. За истекшие годы предрейсовые медосмотры и профессиональный отбор совершенствовались, объективизировались и автоматизировались [10, 11, 12, 13, 14]. На медосмотрах с поступающими на должности, специфика которых связана с вредными и опасными условиями труда, основная задача состоит в том, чтобы не допустить лиц с высоким риском развития у них соответствующего профессионального заболевания или значимого ухудшения уже имеющегося заболевания, сохранения здоровья в целом. Таким образом, проведение предварительных и периодических медосмотров на железнодорожном транспорте обеспечивает безопасность движения поездов и способствует сохранению здоровья и профессионального долголетия работников отрасли.

Наряду с основной целью при периодических осмотрах решается ряд конкретных задач [1]:

- выявление заболеваний, связанных с повышенным риском развития внезапной смерти или возникновением пароксизмальных состояний, угрожающих безопасности движения поездов;
- выявление как можно более ранних признаков нарушения здоровья от воздействия тех или иных неблагоприятных производственных факторов;
- своевременная диагностика форм непрофессиональных заболеваний, которые могут быть противопоказанием к продолжению работы в данной профессии;
- выявление алкогольной, наркотической и токсикологической зависимости;
- рекомендации по проведению рекреационно-оздоровительных и лечебно-реабилитационных мер с целью укрепления здоровья, восстановления функций организма и трудоспособности больного;
- рекомендации по диспансерному наблюдению.

Появились и новые формы медицинского и профилактического обслуживания работников железнодорожного транспорта. Н.А. Куделькиной (1998) предлагается создание на базе поезда мобильного многопрофильного диагностического центра с целью внедрения своевременного выявления хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска у железнодорожников [15]. Получены положительные результаты функционирования диагностического поезда на Западно-Сибирской железной дороге [16].

В последние годы профессиональная патология среди железнодорожников уже не имеет такого медико-социального значения, как и в других декретированных Приказом МЗ РФ № 90 профессиональных группах. Оценка показателей здоровья обслуживаемых контингентов железнодорожников была и остается одним из важных, базовых направлений в работе Врачебно-санитарных служб ОАО «РЖД». Результаты этой оценки имеют принципиальное значение для разработки планов профилактики заболеваний, восстановительного лечения и реабилитации работников железнодорожного транспорта как в от-

дельных ведомственных лечебно-профилактических учреждениях, так и по всей службе в целом.

Большое значение в структуре общей заболеваемости железнодорожников ведущих профессий (машинисты и помощники машинистов локомотивов, монтеры пути, поездные диспетчеры, проводники пассажирских вагонов) приобретает высокий уровень хронических неинфекционных заболеваний, достигающий 84% [16, 17]. Отмечаются неблагоприятные тенденции роста заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями работников железнодорожной отрасли по данным обращаемости за медицинской помощью в ведомственные лечебно-профилактические учреждения [18, 19]. Средний показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности по ОАО «РЖД» за 2003-2008 годы составил в случаях 71,4% и в днях — 963,1 на 100 работающих [32]. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности преобладают болезни органов дыхания, системы кровообращения и патология костно-мышечной системы и соединительной ткани [2, 19, 20, 21]. Вызывает серьезную тревогу не снижающийся уровень инвалидизации железнодорожников — интегральный показатель здоровья, условий жизни, труда, быта, обусловленный главным образом сердечно-сосудистой и костно-мышечной патологией. Таким образом, совершенно очевидно, что своевременное выявление и предупреждение основных хронических неинфекционных заболеваний, включая профессиональные, становится одной из приоритетных проблем современной железнодорожной медицины.

В деятельности служб медицинского обеспечения и ведомственных лечебно-профилактических учреждений, в системе железнодорожного транспорта, заметно возрастает актуальность и социально-экономическая значимость профилактических мер в охране здоровья железнодорожников [16, 22, 23, 24, 25]. Первостепенное значение приобретает не только раннее выявление заболеваний, но и недопущение человека до болезненного состояния путем коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, активного развития и восстановления его психофизиологических резервов. Известно, что целенаправленные профилактические мероприятия, прежде всего борьба с факторами риска неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни, привели к значительному снижению смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и мозговых инсультов у населения экономически развитых стран. Это было достигнуто за счет предупреждения возникновения новых случаев заболеваний, а не за счет улучшения качества лечения больных. Основой для разработки принципов медицинской деятельности становится тот факт, что в качестве преимущественного объекта воздействия рассматривается именно здоровый человек, состояние здоровья которого выступает истинным потенциалом и главной категорией высокой профессиональной надежности и безопасности.

Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения выделяют несколько уровней профилактического воздействия: первичный, вторичный и третичный. Однако до сих пор остается дискуссионным вопрос о разграничении этих понятий.

Первичная профилактика (primary prevention) заключается в проведении предупредительных мер среди здоровых лиц и лиц, угрожаемых по заболеваниям. В число профилактических мер входят: рас-

ширение информированности населения об основных факторах риска заболеваний и борьбе с ними, пропаганда и обеспечение здорового образа жизни. Исказанный уровень профилактики предусматривает использование многоуровневых скрининговых систем, является социально-медицинской, или донологической и направлен на возможно раннее выявление отклонений в состоянии здоровья с целью соответствующей коррекции.

Вторичная профилактика (secondary prevention) направлена на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности. Несмотря на различие первоначальных целей, первичная и вторичная профилактика могут рассматриваться как две стадии единого профилактического процесса.

Третичная же профилактика направлена на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, восстановление утраченных функций с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

Поскольку на этапах вторичной и третичной профилактики речь идет уже о реальной болезни, то мероприятия должны содержать разработку индивидуальной программы восстановительного лечения (включающей немедикаментозные факторы и лекарственную терапию), а также динамическое наблюдение за больными с оценкой эффективности диспансерного наблюдения и мер оздоровления.

В решении проблемы профилактики заболеваний приоритетное значение отводится этапу первичной медико-санитарной помощи [26, 27]. Именно работники первичного звена здравоохранения являются проводниками профилактической работы. Практически все прикрепленное железнодорожное население посещает участкового (цехового) врача хотя бы 1 раз в год (по статистике до 7 раз в год). Каждое посещение пациентом лечебно-профилактического учреждения может быть использовано для консультации с врачом по образу жизни, для профилактического осмотра и обследования; около 20% времени, отведенного на прием пациента, врач поликлинического звена должен посвящать профилактической работе.

Важная роль в успешном проведении в жизнь многих инициатив, касающихся профилактики, принадлежит специализированным подразделениям — отделениям профилактики и отделениям восстановительного лечения и реабилитации. В нашей стране единое положение об отделении профилактики поликлиники было утверждено еще 23 сентября 1981 г. Приказом МЗ СССР №1000, а в 1985 г. Приказом МЗ СССР №1026 введено положение, согласно которому отделения (кабинеты) профилактики организуются в территориальных, ведомственных поликлиниках, медико-санитарных частях, поликлинических отделениях ЦРБ; определены функциональные подразделения отделения профилактики, их цели и задачи. Приказом МЗ РФ № 455 от сентября 2003 г. «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации» была регламентирована организация и деятельность Центров медицинской профилактики.

В системе железнодорожного здравоохранения огромное место отводится восстановительной медицине. Особую важность на железнодорожном транс-



порте приобретает осуществление мер медицинской реабилитации у работников, непосредственно связанных с движением поездов. В процессе профессиональной деятельности работники локомотивных бригад подвергаются воздействию целого ряда факторов отрицательно воздействующих на организм человека [1, 28, 29, 30, 31]. Среди них: воздействие шума и вибрации (физический фактор), нерегулярный режим питания, большой процент ночного труда, что приводит к сбою циркадного ритма, выраженная гиподинамия (биологический фактор); высокое нервно-эмоциональное напряжение, связанное с личной ответственностью за безопасность движения, частые случаи работы в условиях дефицита времени, возникновение внештатных ситуаций (психологический фактор) и т.д. Более того, все возрастающая интенсивность движения поездов, применение новых современных технологий их вождения усиливают неблагоприятное воздействие перечисленных факторов на человека. Их сочетанное влияние приводит к возникновению профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний, что является причиной особого внимания отраслевого здравоохранения к оздоровлению и восстановительному лечению данной категории железнодорожников.

Целью восстановительной медицины как нового профилактического направления в здравоохранении является создание системы, обеспечивающей процессы формирования активного сохранения и восстановления функциональных резервов организма человека; реализацию потенциала здоровья, обуславливающего полноценную производственную, социальную и личную жизнь; снижение темпов старения, показателей преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации, улучшение качества жизни населения [2, 30, 32]. Следовательно, восстановительное направление в здравоохранении предусматривает как сохранение здоровья лиц с функциональными расстройствами вследствие неблагоприятного воздействия окружающей среды, учебной, производственной деятельности, так и реабилитацию больных и инвалидов.

Медицинская реабилитация рассматривается не столько как «долечивание» больных, сколько как лечебное воздействие на наиболее раннем этапе развития болезни, когда компенсация нарушенных функций и улучшение качества жизни пациента формируются быстрее и более продуктивно [33]. Интегрированная в восстановительную медицину реабилитация дополняется целенаправленной коррекцией адаптивных возможностей, составляющих суть вторичной и третичной профилактики болезней.

Как уже отмечалось, медицинская реабилитация железнодорожников проводится на амбулаторно-поликлиническом, а также на стационарном и санаторно-курортном этапах лечебно-диагностического процесса. Она осуществляется как в лечебно-профилактических учреждениях общего и специализированного профиля, так и в учреждениях, подразделениях восстановительного лечения. В частности, одну из организационных форм профессиональной реабилитации машинистов без отрыва их от производственной деятельности составляют комплексные профилактические мероприятия, проводимые на базе здравпунктов локомотивных депо. Это позволяет существенно удешевить процедуру реабилитации (в 7-12 раз дешевле, чем в профилакториях) и за счет этого увеличить число реабилитируемых машинистов [34].

Наиболее приспособленной и широко используемой базой для осуществления рекреационно-оздоровительных мероприятий и восстановительного лечения являются санатории-профилактории, курортные учреждения. В условиях санаториев-профилакториев работающие в системе железнодорожного транспорта без отрыва от производственного процесса получают комплексное восстановительное лечение — медикаментозную терапию, физиопроцедуры, бальнеолечение, лечебное питание и пр. Вместе с тем, санатории-профилактории, работающие в тесной связи со здравпунктами или медсанчастями промышленных предприятий, способны и обеспечить восстановление больных после активного амбулаторного и/или стационарного лечения, и предложить пациентам общее оздоровление в рамках санаторно-курортного режима.

Курортная восстановительная медицина (санатории, пансионаты) получает все большее развитие как метод восстановления здоровья здоровых после физических и эмоциональных перегрузок, что экономически и социально обосновано [35, 36]. Исходной определяющей позицией является не только реальный, но и потенциальный риск здоровью работника. В 2008 году группой экспертов под руководством профессора О.Ю. Атькова разработаны общие принципы отбора контингента и порядок санаторно-курортного обеспечения работников железнодорожного транспорта; особенности организации санаторно-курортного лечения и оздоровления железнодорожников, работающих в условиях воздействия вредных и опасных производственных факторов. Отбор и направление железнодорожников, работающих в условиях производственных вредностей, осуществляется дифференцированно, по группам диспансерного учета, обоснованных условиями труда и состоянием здоровья работников. Периодичность санаторно-курортного оздоровления «практически здоровых» железнодорожников, работающих в условиях производственных вредностей, обоснована классом провоцирующего фактора.

Значимость этапного санаторно-курортного лечения возрастает с увеличением в структуре болезней железнодорожников хронической неинфекционной патологии, требующей помимо стационарной и амбулаторной медицинской помощи, санаторной реабилитации и регулярного оздоровления.

В настоящее время комплекс здравниц ОАО «РЖД» включает в себя негосударственные учреждения здравоохранения и структурные подразделения филиалов ОАО «РЖД», осуществляющие санаторно-курортное лечение и оздоровление работников. Основу комплекса санаторно-курортных учреждений составляют 9 санаториев на 1166 мест, 2 пансионата и 60 санаториев-профилакториев и лечебно-оздоровительных центров на 6374 места [2]. Учреждения укомплектованы квалифицированными медицинскими кадрами, необходимым медицинским оборудованием и аппаратурой и, в большинстве своем, способны решать задачи медицинской реабилитации и рекреации работников железнодорожного транспорта.

Положительно зарекомендовали себя как с медицинских, так и с экономических позиций и стационарзамещающие технологии восстановительного лечения — использование дневного стационара и стационара на дому [37, 38]. Помимо комплексного восстановительного лечения, по данным Т.Ю. Грачевой [39], привлеченные средства за счет внедрения

стационарзамещающих технологий достигают 14 и более % от средств, полученных за пролеченных стационарных больных.

Однако в сложившейся в системе охраны здоровья ситуации по-прежнему определяется целый ряд нерешенных проблем, касающихся, главным образом, организации и обеспечения качества профилактической и реабилитационной работы, в том числе в системе железнодорожного здравоохранения. Как известно, специалистам амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения отводится решающая роль в осуществлении основного объема профилактической деятельности. Однако терапевтами поликлиники, работающими с пациентами, всё же уделяется недостаточно внимания вопросам первичной профилактики заболеваний, своевременно выявлению факторов риска и лиц группы риска. В деятельности амбулаторно-поликлинических подразделений имеется ряд объективных и субъективных причин, затрудняющих реализацию профилактических мероприятий. Например, для совершенствования проведения профилактических осмотров требуется создание новых методик, аппаратуры. Можно констатировать медленное и недостаточное развитие информационно-образовательного направления [40]. Наконец, у медицинских работников нет экономических стимулов и моральной заинтересованности в проведении профилактической работы. В то же время к наиболее действенным мерам первичной профилактики относятся: увеличение информированности населения об основных факторах риска заболеваний; их своевременное выявление, особенно в молодом и среднем возрасте; реализация мероприятий по снижению неблагоприятного влияния производственных факторов и использование методов и средств индивидуальной профилактики заболеваний. Несмотря на то, что в целом ряде исследований продемонстрирована целесообразность использования скринингового метода в качестве инструмента для своевременной организации вторичной профилактики и реабилитационных мероприятий при различной патологии [18], до сих пор скрининговые технологии на этапе первичной помощи используются крайне редко. Скрининг пациентов с различными заболеваниями, подлежащих реабилитационным мероприятиям, представляется важным еще и потому, что в системе железнодорожного транспорта отмечается специфическое стремление машинистов локомотивов скрыть болезненные проявления из-за боязни потерять работу. Автоматизированные скрининговые системы имеют ряд преимуществ перед существующей практикой: увеличение пропускной способности, регламентированная программа обследования пациентов, улучшение качества ведения документации, накопление индивидуальных данных, которые могут служить основой для последующего мониторинга состояния. Вместе с тем, отсутствие необходимого аппаратного и информационного обеспечения, с одной стороны, и подготовленных специалистов, способных осуществлять эту работу на амбулаторно-поликлиническом этапе с другой не позволяют в должной мере использовать эту систему [34, 41]. Для достижения наилучшего результата необходима интеграция в работу клиницистов, организаторов здравоохранения и инженеров (программистов).

В последнее время актуализировалась проблема стандартизации лечебно-диагностического процесса, причем не только на предмет соответствия выполняемых мероприятий по отношению к регла-

ментируемым, но и необходимости пересмотра ряда компонентов стандарта, внесения в него дополнений и изменений. Имеющиеся стандарты ОМС по ведению пациентов не отвечают требованиям проведения качественного и эффективного лечения. Не определены единые подходы к немедикаментозному восстановительному лечению больных с различной патологией и оценке результатов, нет критериев эффективности реабилитации. Необходима стандартизация профилактических и реабилитационных услуг. С качеством профилактической и реабилитационной помощи, ее эффективностью должны быть тесно увязаны вопросы аттестации врачебного и сестринского персонала, лицензирования и аккредитации лечебных учреждений. Эти параметры можно отнести к разряду стандартов на результат.

Неблагополучно обстоит дело и с диспансеризацией больных, а ведь вопросы разработки и проведения программ профилактических и реабилитационных мероприятий неразрывно связаны с проблемами организации лечащими врачами мониторинга за пациентами — системы динамического наблюдения, оценки и прогноза. Динамический контроль состояния больного и повторные регулярные курсы восстановительной терапии приводят к уменьшению клинических и функциональных проявлений заболеваний, предотвращают прогрессирование патологического процесса, позволяют пациентам сохранить трудоспособность. В настоящее время диспансерная работа все более принимает формальный характер и, как следствие, снижается качество медицинской помощи, растет число тяжелых форм заболеваний. Среди негативных тенденций, сложившихся в системе железнодорожного здравоохранения, важнейшими являются: несбалансированность структуры оказания медицинской помощи в сторону дорогостоящих видов, отсутствие заинтересованности исполнителей в результате и качестве труда, экстенсивный путь развития отрасли на основе нормативов, зачастую оторванных от уровня заболеваемости и реальных потребностей населения в различных видах медицинской помощи [42].

Важнейшее значение при оказании профилактических услуг и реабилитационной помощи пациентам приобретают вопросы подготовки квалифицированных кадров. Однако не всегда медицинская реабилитационная служба для пациентов имеет кадровый потенциал, способный решать задачу обеспечения высокого качества программ восстановительного лечения. Анализ вопросов, связанных с кадровым ресурсом в железнодорожном здравоохранении, показывает, что основные проблемы сводятся к недостаточной эффективности системы повышения квалификации и контроля медицинского персонала, дефициту персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь. Особенно остро стоит вопрос о подготовке специалистов в области профилактической и реабилитационной медицины, способных практически осуществлять различные программы оздоровления пациентов из группы риска, а также программы восстановительного лечения и дальнейшего мониторинга состояния.

Снижение заболеваемости железнодорожников, обеспечение их профессионального долголетия, успех оздоровления и восстановительного лечения во многом зависят от объективной оценки органами управления здравоохранением этих проблем, от организационных форм работы амбулаторно-поликлинического звена и реабилитационной служ-

бы, методов оздоровления, восстановительной терапии и диспансеризации, уровня и качества подготовки кадров, занимающихся лечебно-профилактической деятельностью.

Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения вопросов оказания профилактической и реабилитационной помощи при различных заболеваниях у работников железнодорожного транспорта, во взаимосвязи с социально-гигиеническими и медико-организационными факторами риска развития этих заболеваний и разработки научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию ведения этой категории пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Таким образом, в настоящее время в системе железнодорожного здравоохранения имеются возможности расширения профилактического и реабилитационного направления в медицинской деятельности, создана соответствующая инфраструктура. Большинство исследователей неоспоримо признает необходимость включения в компетенцию железнодорожной медицины аспектов «восстановительной медицины», как инструмента обеспечения профессионального здоровья железнодорожников, организации профилактической системы восстановления его нарушенного функционального состояния, увеличения психофизиологических резервов здоровья работников компании. Эффективное использование подразделений восстановительного лечения позволяет больше уделять внимания профилактике заболеваний и оздоровлению, так как отличается доступностью, разноплановостью деятельности, ориентированностью на отдельного пациента и на целевые группы. При этом решается проблема оптимизации использования ресурсов, выделяемых на охрану здоровья работников железнодорожного транспорта. В условиях рыночной экономики профилактическая и восстановительная медицина приобретает статус производственной отрасли, поскольку выполняет функции по сохранению трудового ресурса, укреплению здоровья работников, способствует обеспечению профессионального долголетия.

#### Библиографический список

- Капцов, В.А. Основные факторы профессионального риска у работников железнодорожного транспорта / В.А. Капцов, В.Б. Панкова, Ж.С. Кутовой // Гигиена и санитария. – 2001. – № 1. – С. 38-43.
- Санаторно-курортная реабилитация работников железнодорожного транспорта: Руководство для врачей / Под ред. О.Ю. Атькова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 464 с.
- Вопросы истории железнодорожной медицины / Под ред. О.Н. Сорокина, С.Д. Кривули, А.З. Цфасмана. – М.: РАГС, 2003. – 328 с.
- Исторический очерк развития железнодорожной гигиены / О.Н. Сорокин, С.Д. Кривуля, В.А. Капцов и др. // Гигиена и эпидемиология на железнодорожном транспорте. Общая железнодорожная гигиена: Избранные лекции. – М., 2001. – Т. 1. – С. 5-26.
- Капцов, В.А. Железнодорожная гигиена в XXI веке / В.А. Капцов // Гигиена и санитария. – 2000. – №2. – С. 6-9.
- Учреждения здравоохранения ОАО «Российские железные дороги»: Справочные материалы. – М.: Департамент медицинского обеспечения, 2005.
- Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты РФ от 16.08.2004 № 83 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) и порядок проведения этих осмотров (обследований)».
- Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности № 90 от 14.03.1996 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии».
- Приказ Министерства путей сообщения РФ от 29.03.99 № 6Ц «Об утверждении Положения о порядке проведения обязательных предварительных, при поступлении на работу, и периодических медицинских осмотров на федеральном железнодорожном транспорте».
- Кудрин, В.А. Предрейсовые медицинские осмотры локомотивных бригад / В.А. Кудрин, А.И. Орлов // Железнодорожная медицина: Руководство для врачей. – М. – 2003. – Т. 1. – С. 153-159.
- Нерсесян, Л.С. Железнодорожная психология / Л.С. Нерсесян. – М.: «Реинфо», 2005. – 533 с.
- Нерсесян, Л.С. Психологические аспекты повышения надежности управления локомотивами на железнодорожном транспорте / Л.С. Нерсесян // Медицина труда и проблемы экологии на железнодорожном транспорте: Сб. науч. тр. ВНИИ железнодорожной гигиены. – М. – 2001. – Вып. 6. – С. 92-103.
- Нерсесян, Л.С. Психологическое обеспечение / Л.С. Нерсесян // Железнодорожная медицина: Руководство для врачей. – М. – 2002. – Т. 1. – С. 190-212.
- Цфасман, А.З. Железнодорожная медицина. Профессиональные болезни / А.З. Цфасман. – М. – 2003. – 336 с.
- Куделькина, Н.А. Хронические неинфекционные заболевания у железнодорожников: их распространенность и выявление на основе мобильного многопрофильного диагностического центра: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Куделькина. – Новосибирск, 1998. – 47 с.
- Куделькина, Н.А. Оптимизация профилактической направленности системы здравоохранения железнодорожного транспорта РФ / Н.А. Куделькина, А.Н. Щетинин, М.А. Фомичева // Здравоохранение РФ. – 2003. – № 1. – С. 18-20.
- Куделькина, Н.А. Особенности здоровья железнодорожников Западной Сибири / Н.А. Куделькина // Здравоохранение РФ. – 1999. – № 4. – С. 18-21.
- Горбань, Б.А. Вопросы совершенствования охраны здоровья работников железной дороги / Б.А. Горбань, М.А. Креймер // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы социально-гигиенического мониторинга в Сибирском Федеральном округе». – Новосибирск, 2005. – С. 70-72.
- Охрана здоровья работников локомотивных бригад и обеспечение безопасности движения поездов на железных дорогах: Руководство для врачей / Сост. А. Прохоров, В.А. Кудрин. – М., 2000. – 107 с.
- Демина, Т.Р. Оптимизация диагностики и контроля эффективности различных видов терапии при артериальной гипертензии у машинистов локомотивов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Р. Демина. – Хабаровск, 2009. – 24 с.
- Ульянова, А.С. Особенности профессиональной патологии на железнодорожном транспорте / А.С. Ульянова // «Молодые ученые — здравоохранению региона»: Материалы 65-й юбилейной научно-практической конференции студентов и молодых специалистов Саратовского государственного медицинского университета. – Саратов, 2004. – С. 54-55.
- Методы немедикаментозной профилактики снижения работоспособности и ухудшения здоровья железнодорожников / А.С. Юрьев, В.А. Капцов, В.С. Викторов и др. // Гигиена и санитария. – 2000. – № 2. – С. 36-38.
- Разумов, А.Н. Актуальные аспекты развития восстановительной медицины и медицинской реабилитации в системе медицинской науки и здравоохранения / А.Н. Разумов // Современные технологии восстановительной медицины: Труды IV Международной конференции. – Сочи. – 2002. – С. 36-43.
- Разумов, А.Н. Актуальные проблемы развития курортного дела в России / А.Н. Разумов // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии физиотерапии: Материалы международного конгресса «Здравница – 2004». – М., 2004. – С. 9-12.
- Фомичева, М.А. Организация первичной профилактики для укрепления здоровья работников наземного и подземного железнодорожного транспорта Западной Сибири / М.А. Фомичева, А.Н. Щетинин, В.М. Крохина // Методические рекомендации. – Новосибирск, 2002. – 35 с.
- Стародубов, В.И. Стационарзамещающие формы организации медицинской помощи / В.И. Стародубов, А.А. Ка-



лининская, С.И. Шляфер. – М.: РИО ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2001. – 212 с.

27. Руководство по поликлинической терапии: учебное пособие / Г.Н. Шеметова и др.; под ред. Г.Н. Шеметовой. – Саратов: изд-во СГМУ, 2007. – 555 с.

28. Кандрор, И.С. Комплексная характеристика тяжести, напряженности и условий труда на железнодорожном транспорте / И.С. Кандрор, Д.М. Демина, Е.М. Ратнер // Железнодорожная медицина. – М., 2004. – Т. 2. – Ч. 1. – С. 6-37.

29. Капцов, В.А. Производственно-профессиональный риск железнодорожников / В.А. Капцов, А.П. Мезенцев, В.Б. Панков. – М.: «Реинфор», 2002. – 350 с.

30. Клиническая апробация гигиенических критериев условий труда / В.Б. Панкова и др. // Гигиена и санитария. – 2003. – № 2. – С. 26-28.

31. Felson, D.T. Risk factors for osteoarthritis: understanding joint vulnerability / D.T. Felson, D. J. Schurman // Clin Orthop. Oct. – 2004. – S. 16-21.

32. Преображенская, В.С. Формирование системы медико-социальной реабилитации работников промышленного производства / В.С. Преображенская, Т.Н. Гениатулина, М.В. Драбкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1998. – № 5. – С. 3-6.

33. Данилова, Н.В. Медико-организационные технологии и восстановительные методы лечения при оказании и медицинской помощи населению / Н.В. Данилова // Межрегион. сб. науч. тр. с междунар. участием «Актуальные проблемы профилактической и реабилитационной медицины». – Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. – С. 35–39.

34. Организация системы медицинской профессиональной реабилитации работников локомотивных бригад

/ В.С. Викторов, Ю.Н. Каменский, А.Б. Кирпичников и др. // Гигиена и санитария. – 2000. – №2. – С. 32-33.

35. Ручка, С.И. Санаторно-курортная реабилитация пациентов и динамика показателей общественного здоровья / С.И. Ручка. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2001. – 263 с.

36. Санаторно-курортное и восстановительное лечение: Сб. нормативно-правовых и методических материалов / Под ред. А.Н. Разумова. – М.: МЦФЭР. – 2004. – 720 с.

37. Калининская, А.А. Научное обоснование медико-организационных основ развития стационарзамещающих форм медицинской помощи населению Российской Федерации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Калининская. – М., 2000. – 53 с.

38. Стародубов, В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М.: ОАО «Издательство «Медицина». – 2007. – 264 с.

39. Грачева, Т.Ю. Организация диспансерной помощи пациентам-железнодорожникам в условиях транспортной поликлиники / Т.Ю. Грачева // Теоретические и прикладные проблемы современного здравоохранения и медицинской науки: Сб. науч. трудов. – М.: ВНИИЖГ, 2001. – С. 360-362.

40. Разумов, А.Н. Восстановление здоровья работников железнодорожного транспорта / А.Н. Разумов. – М., 2004. – 637 с.

41. Салыхов, Р.И. Здоровье работников железнодорожного транспорта (медико-социальные и управленческие аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.И. Салыхов. – Казань, 2000. – 22 с.

42. Стародубов, В.И. Управляемые факторы в профилактике заболеваний / В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, А.М. Лукашев. – М.: РИО ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ., 2003. – 170 с.

УДК616.36-002.2:613.816]-036-037 «312»(045)(048.8)

Обзор

### АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

**С.П. Сернов** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней; **В.Б. Лифшиц** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Ю.И. Скворцов** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, профессор, доктор медицинских наук; **В.Г. Субботина** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук; **А.Г. Мартынова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук; **Л.С. Сулковская** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук; **В.И. Шульгин** — ГУЗ Саратовская областная психиатрическая больница им. Св. Софии, заведующий отделением; **Л.А. Сучилина** — ГУЗ Саратовская областная психиатрическая больница им. Св. Софии, врач.

### IMPORTANT ISSUES OF ALCOHOLIC LIVER DISEASE PROGNOSIS

**S.P. Sernov** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Post-graduate; **V.B. Lifshitz** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu.I. Skvortsov** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **V.G. Subbotina** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **A.G. Martynova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science; **L.S. Sulkovskaya** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science; **V.I. Shulgin** — Saratov Regional Psychiatric Hospital n.a. St. Sophia, Head of Department; **L.A. Suchilina** — Saratov Regional Psychiatric Hospital n.a. St. Sophia, Physician.

Дата поступления — 19.10.09 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.

**С.П. Сернов, В.Б. Лифшиц, Ю.И. Скворцов и соавт.** Актуальные проблемы прогнозирования алкогольной болезни печени. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 1, с. 94–100.

Проблема прогнозирования течения алкогольной болезни печени не разработана. Возможность прогноза заболевания по морфологии ограничена в связи с недостатками биопсии печени. Незначительное число исследований посвящено лабораторным методам. Обсуждаемая в литературе прогностическая значимость сывороточных маркеров фиброобразования печени касается последней цирротической стадии. В то же время результаты лечения определяются своевременным установлением болезни.

**Ключевые слова:** алкогольная болезнь печени, лабораторные маркеры, прогнозирование.

**S.P. Sernov, V.B. Lifshitz, Yu.I. Skvortsov, et al.** Important issues of alcoholic liver disease prognosis. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 1, p. 94–100.

Alcoholic liver disease prognosis has not been thoroughly developed yet. The possibility of morphologic prognosis has been limited due to disadvantages of liver biopsy. Insignificant amount of studies is devoted to laboratory methods. Prognosis value of serum markers of liver fibrosis at the last cirrhotic stages is widely considered in the medical literature. At the same time the results of treatment are determined by making a diagnosis.

**Key words:** alcoholic liver disease, laboratory markers, prognosis.