

**ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ И ЭКОЛОГИИ**

ОХРАНА ТРУДА В ОТРАСЛИ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ СТУДЕНТОВ УВО
3 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТА
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 221 «СТОМАТОЛОГИЯ»**

Запорожье-2018

ОХРАНА ТРУДА В ОТРАСЛИ. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ к практическим занятиям подготовлено согласно материалов, разработанных преподавательским составом кафедры общей гигиены и экологии Запорожского государственного медицинского университета в соответствии с Рабочей программой из учебной дисциплины «Охрана труда в отрасли» для подготовки студентов 3 курса медицинского факультета по специальности 221 «Стоматология».

Авторский коллектив:

заведующий кафедры, доцент, к.мед.н. Севальнев А.И., профессор, д.мед.н. Гребняк Н.П., доценты: к.мед.н. Федорченко Р.А., к.мед.н. Куцак А.В., к.мед.н. Шаравара Л.П., к.мед.н. Кирсанова О.В., к.мед.н. Сушко Ю.Д., к.мед.н. Торгун В.П., старший преподаватель: к.мед.н. Соколовская И.А., ассистент: Волкова Ю.В.

Методические указания
«Охрана труда в отрасли»
утверждено на заседании кафедры
общей гигиены и экологии ЗГМУ
от 27.08.2018 г. протокол № 1

ТРЕБОВАНИЯ К ЗАНЯТИЯМ

1. Практические и лабораторные занятия.

При подготовке к практическим и лабораторным занятиям студент, используя необходимую литературу - учебники, методические указания, санитарные нормы и правила, инструкции и приказы МОЗ, КЗоТ отвечает на теоретические вопросы в протокольной тетради установленной формы, знакомится с лабораторными работами, которые выполняет на практическом занятии, решает ситуационные задачи по индивидуальным заданиям и проходит тестовый контроль знаний. На лабораторном занятии, студент должен записать методики лабораторных исследований, результаты этих исследований, провести необходимые расчеты по известным формулам, сформулировать выводы и рекомендации.

2. Семинарские занятия.

При подготовке к семинарским занятиям студент должен знать теоретические вопросы в соответствии с темами; знать лабораторные работы, уметь их выполнять и обрабатывать результаты исследований, рассчитать показатели и анализировать результаты, составлять выводы или рекомендации; уметь решать ситуационные задания; а также пройти тестовый контроль.

3. Модульный контроль.

К модульному контролю допускаются студенты, которые не имеют академической задолженности по практическим, лабораторным, семинарским занятиям, а также с лекционного курса, которые успешно прошли самостоятельную работу в on-line режиме и имеют все лабораторные работы по установленному образцу в тетради протоколов.

Обращаем ваше внимание на то, что для получения зачета следует своевременно зарегистрироваться на сайте ЗГМУ и пройти on-line курс согласно перечня вопросов самостоятельной работы с получением положительной оценки.

Преподаватель группы проверяет наличие всех необходимых материалов, консультирует студентов в дни консультаций, а также в on-line режиме, выставляет оценки, указывает на недостатки и замечания.

Тема 1

ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ТРУДА

1. Учебная цель:

1.1. Ознакомиться с основами законодательства Украины по охране труда.

1.2. Усвоить комплекс административных, инженерно-технических, санитарно-гигиенических и медицинских мероприятий в отрасли здравоохранения, направленных на профилактику производственного травматизма, возникновения профессиональных отравлений и заболеваний и других неблагоприятных нарушений в состоянии здоровья в результате влияния вредных факторов производственной среды.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знать:

2.1.1. Связь между состоянием здоровья работающих и влиянием вредных и опасных производственных факторов.

2.1.2. Требования законодательных и нормативных актов об охране труда медицинских работников.

2.1.3. Требования к обеспечению охраны труда медицинского персонала в современных условиях.

2.1.4. Основные принципы и подходы (стратегии) к обеспечению безопасности в лечебно-профилактических заведениях.

2.2. Уметь:

2.2.1. Применять требования законодательных и нормативных документов для внедрения методов и средств системы охраны труда работающие в медицинских учреждениях.

2.2.2. Применять основные формы организации и управления охраной труда медицинских работников.

2.2.3. Разрабатывать инструкции по охране труда для медицинских работников.

2.2.4. Проводить обучение и проверку знаний по охране труда.

2.2.5. Анализировать и оценивать опасные для жизни, здоровья и профессиональной деятельности ситуации и самостоятельно принимать решение об употреблении срочных мероприятий.

2.2.6. Обосновывать проведение профилактических мероприятий в соответствии с основами действующего законодательства Украины.

3. Вопросы для самоподготовки:

3.1. Основные сроки и определение в отрасли охраны труда: охрана труда, условия труда, вредный производственный фактор, опасный производственный фактор, безопасные условия труда, рабочее место, техника безопасности и т.п. Субъекты и объекты охраны труда. Современное состояние охраны труда в Украине и за рубежом.

3.2. Общие вопросы охраны труда в медицине.

3.3. Правовые основы охраны труда (Конституция Украины, Кодекс законов о труде, Закон Украины «Об охране труда» и др.).

3.4. Нормативно правовые акты по охране труда (НПАОТ): определение, основные требования и признаки. Структура НПАОТ. Реестр НПАОТ.

3.5. Национальные стандарты Украины по охране труда. Система стандартов безопасности труда (ССБТ). Санитарные, строительные нормы, другие общегосударственные документы по охране труда.

3.6. Акты по охране труда, которые действуют в организации, их состав и структура. Инструкции по охране труда. Разработка и утверждение актов по охране труда, которые действуют в организации.

3.7. Ответственность должностных лиц и работников за нарушение законодательства об охране труда.

3.8. Социальное партнерство как принцип законодательного и нормативно правового обеспечения охраны труда. Социальный диалог в Европейском Союзе.

3.9. Международные нормы социальной ответственности. Стандарт SA 8000 «Социальная ответственность». Международный стандарт ISO 26000 «Установка по социальной ответственности».

3.10. Законодательная основа Евросоюза по вопросам охраны труда. Директивы ЕС по охране труда. Рамочная директива 89/391/ЕС «О введении мероприятий, которые способствуют улучшению безопасности и гигиены труда работников».

3.11. Трудовые нормы Международной организации труда. Конвенции и Рекомендации МОТ. Международный стандарт OHSAS 18001:2007. Основные Конвенции МОТ в отрасли охраны труда.

3.12. Международное сотрудничество в отрасли охраны труда. Основные направления сотрудничества. Организация объединенных наций. Всемирная организация здравоохранения. Международное агентство по атомной энергии. Международная организация труда. Европейский Союз.

3.13. Государственное управление охраной труда, государственный надзор и общественный контроль по охране труда в Украине. Органы государственного надзора по охране труда, их основные полномочия и права. Общественный контроль по соблюдению законодательства об охране труда.

3.14. Рискоориентированный подход в оценке потенциальной и реальной опасности вредного влияния факторов производственной среды на здоровье человека. Выявление, оценка и уменьшение рисков опасных событий, управления качеством и формирования культуры безопасности.

3.15. Коллективный и трудовой договоры как отображения законодательства по охране труда. Закон Украины «О коллективных договорах и соглашениях» и его содержании. Приказ Министерства труда и социальной политики Украины «Об утверждении формы трудового договора между работниками и физическими лицами». Заключение трудового

соглашения в зависимости от специфики видов работ и особенностей функциональных обязанностей. Регуляция вопросов охраны труда в коллективном договоре. Принятие на работу по контракту.

3.16. Отраслевые программы улучшения состояния безопасности, гигиены труда и производственной среды. Положение об организации системы управления охраной труда в отрасли. Приказ МОЗ №268 от 30.09.94 «О службе охраны труда системы Министерства здравоохранения».

4. Литература

4.1. Основная:

4.1. Охорона праці в медичній галузі : навч.-метод. посіб. / О.П. Яворовський, М.І. Веремей, В.І. Зенкіна та ін. – К. : ВСВ “Медицина”, 2015. – 208 с.

4.2. Безпека життєдіяльності, основи охорони праці: навч. посіб. / О.П. Яворовський, В.М. Шевцова, В.І. Зенкіна та ін.; за заг. ред О.П. Яворовського. – К.: ВСВ “Медицина”, 2015. – 288 с.

4.3. Безпека життєдіяльності, основи охорони праці: Навчально-методичний посібник/ упор.: О.П. Яворовський, В.М. Шевцова, Г.А. Шкурко та ін.- Черкаси: видавець Чабаненко Ю.А., 2012. – 232 с.

4.4. Гігієна праці: Підручник /Ю.І. Кундієв, О.П. Яворовський, А.М. Шевченко та ін.; за ред. акад. НАН України, НАМН України, проф. Ю.І. Кундієва, чл-кор. НАМН України проф. О.П.Яворовського.- К.: ВСВ “Медицина”, 2011.- 904с.

4.2. Дополнительная:

4.2.1. ДСТУ-П ОHSAS 18001-2006 “Системи управління безпекою та гігієною праці. Вимоги”.

4.2.2. ДСТУ-П ОHSAS 18002-2006 “Система управління безпекою та гігієною праці. Основні принципи виконання вимог ОHSAS 18001”.

4.2.3. Наказ МОЗ України “Про введення оперативного контролю за станом охорони праці в установах, закладах та на підприємствах системи

МОЗ України” № 444 від 01.11.2001.

4.2.4. “Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу”, затверджена наказом МОЗ України № 248 від 08.04.2014.

4.2.5. Наказ Держнаглядохоронпраці України № 15 від 26.01.05 “Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці”.

4.2.6. Наказ Держнаглядохоронпраці України № 15 від 26.01.05 “Перелік робіт з підвищеною безпекою”.

4.2.7. Наказ Держнаглядохоронпраці України № 255 від 15.11.04 “Типове положення про службу охорони праці”.

4.2.8. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України № 260 від 08.06.01 “Про затвердження форми трудового договору між працівниками і фізичною особою та порядку реєстрації трудового договору між працівниками і фізичною особою”.

4.2.9. Наказ МОЗ України № 614 від 13.12.2004 “Про затвердження Порядку складання та вимоги до санітарно-гігієнічних характеристик умов праці”.

4.2.10. Наказ МОЗ України № 246 від 21.05.2007 року “Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій”.

4.2.11. Наказ МОЗ України № 268 від 30.09.94 “Про службу охорони праці системи Міністерства охорони здоров'я України”.

4.2.12. Постанова Кабінету Міністрів України “Порядок розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві” № 1232 від 30 листопада 2011 року.

4.2.13. Постанова Кабінету Міністрів України № 1662 від 08.11.2000 “Про затвердження переліку професійних захворювань”.

4.2.14. Постанова Кабінету Міністрів України № 442 від 1.08.1992 “Про Порядок проведення атестації робочих місць за умовами праці”.

4.2.15. Постанова Кабінету Міністрів України № 559 від 23.05.2001 “Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов’язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок”.

4.2.16. Гігієна та охорона праці медичних працівників. Навчальний посібник/За ред. В.Ф. Москаленка, О.П. Яворовського. – К.: “Медицина”, 2009. – С.6-56.

4.2.17. Гігієна та охорона праці медичних працівників. Навчальний посібник / За ред. В.Ф.Москаленка, О.П.Яворовського. – К.: «Медицина», 2009. – 176 с.

4.2.18. Конституція України. Основний закон від 28.06.1996.

4.2.19. Кодекс законів про працю України. Закон № 322-VIII від 10.12.71.

4.2.20. Закон України “Про охорону праці” від 14.10.92.

4.2.21. Закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” № 4004-XII від 24.02.94.

4.2.22. Закон України “Про колективні договори та угоди” № 1874 від 24.12.95.

4.2.23. Закон України “Про страхові тарифи на загальнообов’язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності” № 1423 від 13.09.2000.

4.2.24. Закон України “Про адміністративні порушення” № 8074-10 від 07.12.84.

4.2.25. Основи законодавства України про охорону здоров’я № 2802-XII від 19.11.92.

5. Теоретический и практический материал

Решающую роль в формировании и развитии человека играет труд, что во всех многогранных проявлениях происходит в пределах

производственных предприятий, организаций, учреждений разных форм собственности, которые включают определенные территории, здания, сооружения, пути сообщения, оборудования, транспортные средства, энергетические источники, предметы труда и т.п.

Охрана труда — это система правовых, социально-экономических, организационно технических, санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий и средств, что направлены на сохранение жизни, здоровья и работоспособности человека в процессе трудовой деятельности.

Значение охраны труда заключается в том, что именно она является главным условием сохранения здоровья и защиты человека от влияния вредных факторов производственной среды.

Охрана труда как неотъемлемая составляющая создания безопасности жизнедеятельности человека в условиях производства распространяется на все предприятия, учреждения и организации независимо от форм их собственности и видов деятельности, на всех граждан, которые работают. Поэтому, за нарушение организации охраны труда в одинаковой степени несут ответственность перед законом как работодатель (владелец), так и работник (исполнитель).

С охраной труда тесно связана такая дисциплина, как *«Безопасность жизнедеятельности»* — наука о комфортном и безопасном взаимодействии человека со средой, в которой она находится. Целью этой дисциплины является изучение общих закономерностей возникновения и развития опасных и чрезвычайных ситуаций, их свойств, возможно влияние на жизнь и здоровье человека, мероприятия для их ликвидации и предотвращения им, защита людей и окружающей среды.

Нынешняя структура экономики Украины не отвечает потребностям человека, не обеспечивает нормальные условия жизни. Высокая материалоемкость и энергоемкость производства привели к избыточной добыче полезных ископаемых, их переработки и сжиганию, создали

дополнительные объемы отвалов пустой породы, золы и шлаков, вредных выбросов в воду и атмосферу. Все это, усиленное радиоактивным загрязнением территорий в результате наибольшей на планете техногенной катастрофы — аварии на Чернобыльской АЭС, привело к созданию не только во многих городах, но и на больших территориях нашей страны неблагоприятных условий обитания людей.

Безопасность жизнедеятельности объединила вопросы, которые изучаются специальными дисциплинами, в частности охраной труда, гражданской обороной, промышленной экологией, коммунальной гигиеной и др. Безопасность жизнедеятельности обеспечивает общее образование в этой отрасли, которая является научно-методическим фундаментом для всех без исключения специальных дисциплин по безопасности.

Безопасность жизнедеятельности — не средство личной защиты, а дисциплина, которая обучает основам защиты личности, общества, государства, человечества. Успешное усвоение основ этой дисциплины дает возможность правильно действовать в условиях опасности, защищая таким образом как свою жизнь и здоровье, так и жизнь и здоровье других людей.

Основные принципы трудового права

Трудовое право Украины как составляющая часть общей теории национального права является самостоятельной отраслью, имеет определенные принципы правовой регуляции труда.

Основные принципы трудового права по направленности условно делят на три группы, каждая из которых основывается на таких основных источниках трудового права, как Конституция Украины и Кодекс законов Украины о труде (КЗоТ).

Первая группа содержит принципы, которые способствуют привлечению к труду, обеспечению высокого уровня условий труда и охраны трудовых прав.

Принципы второй группы касаются правового обеспечения трудовых отношений.

Третья группа включает принципы, которые раскрывают суть производственной демократии и содействуют развитию личности работника в процессе труда.

Каждый из основных принципов трудового права (свобода труда и занятости, защита от безработицы, равноправие в труде, справедливое вознаграждение за труд, охрана труда, право на отдых, профессиональную подготовку, защиту трудовых прав, право на производственную демократию, право работодателя требовать от работника выполнения долга добросовестного труда и т.п.) должным образом направлен и наполнен соответствующим содержанием.

Первую группу составляют три основных принципа трудового права:

1) свобода труда и занятости, запрещение принудительного труда (ст.43 Конституции Украины, статьи 5, 21, 49-4 КЗоТ);

2) право на труд, защиту от безработицы, помощь в трудоустройстве и материальная поддержка безработных (ст. 43 Конституции Украины, статьи 2,5 гл. III и III -А КЗоТ);

3) равноправие в труде и занятости, запрещение дискриминации в труде (ст. 24 Конституции Украины, статьи 2, 21 КЗоТ).

Главным содержанием отмеченных основных принципов трудового права является сосредоточение возможностей работника на получении работы у работодателя разной формы собственности в соответствии со своей специальностью или профессией, в безопасных условиях труда, а в случае освобождения из работы или по безработице - реализации возможности содействия государства в трудоустройстве и материальной поддержке работника, который временно не работает. Другими словами, принцип обеспечения свободного труда касается всех субъектов трудового права; главным его содержанием является добровольное волеизъявление субъектов трудового права вступать в трудовые отношения, изменять или прекращать их, а конкретизация принципа обеспечения свободной праш происходит в нормах таких институтов, как трудоустройство, занятость, трудовой договор.

Вторая группа основных принципов трудового права, в отличие от первой, где идет речь о правовом обеспечении трудовых отношений, раскрывает содержание тех основных принципов трудового права, которые реализуются при наличии трудовых отношений. К этой группе принадлежат такие принципы:

1) справедливое вознаграждение за выполненную работу. Правовое обеспечение этого принципа осуществляется нормами таких институтов:

а) оплата труда; б) гарантии и компенсации;

2) охрана труда. Правовое обеспечение этого принципа осуществляется нормами таких институтов: а) трудовой договор (принятие на работу, перевод на другую работу); б) охрана труда как общий институт, в том числе как усилена охрана труда женщин и молодежи, контроль охраны труда; в) нормы материальной ответственности работодателя за вред, причиненный работнику в случае трудового увечья; право на отдых. Правовое обеспечение этого принципа осуществляется нормами таких институтов: а) рабочее время; б) время отдыха; в) сочетание работы с учебой;

3) защита трудовых прав. Этот принцип обеспечивается нормами таких институтов: а) надзор и контроль по выполнению трудового законодательства; б) полномочия профсоюзов и трудовых коллективов; в) трудовые споры.

К третьей группе принадлежат такие принципы:

1) бесплатная профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации. Правовое обеспечение этого принципа осуществляется нормами таких институтов: а) трудоустройство и занятость населения; б) трудовой договор; в) рабочее время; г) оплата труда и гарантийные выплаты;

2) выполнение трудовых обязанностей сторонами трудового договора. Правовое обеспечение этого принципа осуществляется нормами таких институтов: а) трудовая дисциплина; б) трудовой договор (дисциплинарные

освобождения); в) материальная ответственность сторон трудового договора за причиненный вред; г) рассмотрение трудовых споров.

Отмечены основные принципы трудового права Украины являются предпосылкой раскрытия правовой сущности института субъектов трудового права.

Трудоустройство молодых специалистов

Порядок трудоустройства выпускников высших учебных учреждений, подготовка которых осуществлялась по государственному заказу, происходит на основе Постановления Кабинета Министров Украины «О Порядке трудоустройства выпускников высших учебных учреждений, подготовка которых осуществлялась по госзаказу» № 992 от 22 августа в 1996 г.

Порядок трудоустройства выпускников высших учебных учреждений разработан в соответствии с ст. 52 Закона Украины «Об образовании», на выполнение Указа Президента Украины «О мероприятиях по реформированию системы подготовки специалистов и трудоустройства выпускников высших учебных учреждений» № 77 от 23 января в 1996 г. в редакции Указа Президента Украины № 342 от 16 мая 1996 г. та ст. 197 КЗоТ.

Выпускники ВУУ, которым присвоена квалификация специалиста с высшим образованием разных образовательно-квалификационных уровней и которые трудоустроены на основании направления на работу, считаются молодыми специалистами в течение трех лет с момента заключения ими трудового договора с заказчиком. Время обучения в интернатуре к этому сроку не включается.

Министерства, другие центральные органы исполнительной власти, областные, Киевская городская государственная администрация, учитывая интересы заказчика, доводят государственный заказ до подчиненных им высших учебных учреждений.

Руководители высших учебных учреждений после зачисления лиц на учебу по госзаказу, заключают с ними соглашение соответствующей формы.

В течении года до окончания обучения, министерства, другие центральные органы исполнительной власти, областные, Киевская государственная администрация, государственные организации и учреждения, уполномоченные Кабинетом Министров Украины, заключают контракты с исполнителями государственного заказа (далее — государственные заказчики) в соответствии с количеством заказанных мест, подают министерствам и ведомствам, которые имеют в своем подчинении высшие учебные учреждения, которые выполняют государственный заказ (далее — исполнители государственного заказа), перечень мест трудоустройства и условий, какие они обязываются создать выпускнику (обеспеченность жильем, размер заработной платы, другие социальные гарантии).

Заказчики несут ответственность за достоверность поданной информации относительно потребности в специалистах.

Права и обязанности заказчиков и выпускников

Согласно договору выпускник обязан приобрести все необходимые навыки профессиональной деятельности, предусмотренные соответствующей квалификационной характеристикой, и отработать у заказчика не менее трех лет, а высшего учебного учреждения - обеспечить соответствующие качество и уровень подготовки специалиста с высшим образованием.

Заказчики могут за счет своих средств оказывать студентам материальную помощь, а также устанавливать доплаты к государственной стипендии, определенной для соответствующей специальности, курса, учебного учреждения. Предельные размеры отмеченных выплат не ограничиваются.

Выпускники, которые заключили соглашение с высшим учебным учреждением, после зачисления на обучение должны отработать по месту назначения не менее трех лет.

Лица, зачисленные в ВУУ на целевые места в соответствии с Постановлением Кабинета Министров Украины «О льготах для сельской

молодежи при приеме в высшие учебные учреждения, усовершенствованию системы переподготовки и повышения квалификации кадров» № 408 от 21 июля 1992 г (ЗП Украины, в 1992 г. № 8, ст. 192), по окончании высшего учебного учреждения направляются на работу на предприятия, к организациям сельского, лесного водного хозяйства, перерабатывающих отраслей агропромышленного комплекса учреждений социальной сферы села и обязаны отработать по назначению не менее трех лет.

Лица, зачисленные в ВУУ в соответствии с Законом Украины «О статусе и социальной защите граждан, которые пострадали в результате Чернобыльской катастрофы» и отнесенные к 3-й и 4-й категорий, обязаны по окончании высшего учебного учреждения отработать по назначению не менее трех лет.

Расторжение выпускником соглашения допускается по таким уважительным причинам:

1) установление инвалидности I или II группы, в результате чего выпускник не может выехать на работу по назначению;

2) установление инвалидности I или II группы у жены (мужа) выпускника, одного из родителей (или лиц, которые их заменяют) выпускника;

3) если выпускник - беременная женщина, мать или отец, которые имеют ребенка в возрасте до трех лет или ребенка, который согласно медицинскому заключению нуждается в уходе (до достижения ею шестилетнего возраста); одинокая мать или отец, которые имеют ребенка до четырнадцати лет или ребенка-инвалида;

4) прохождение мужем (женой) военной службы (кроме срочной), в том числе по контракту, на должностях рядового, сержантского и старшинского состава, прапорщиков, мичманов и офицеров в Вооруженных силах Украины, Национальной гвардии Украины, Государственной пограничной службе, Службе безопасности Украины, а также других военных формированиях, созданных в соответствии с законодательством

Украины, и службой в органах внутренних дел вне места расположения заказчика (пп. 4 п.9 с изменениями, внесенными согласно Постановлению Кабинета Министров Украины № 1402 от 4 сентября 2003г.);

5) вступление в высшие учебные учреждения III—IV уровней аккредитации, выпускников высших учебных учреждений I и II уровней аккредитации.

Расторжение соглашения по инициативе заказчика допускается в случае:

1) невозможности предоставления выпускнику работы по специальности, согласно медицинскому заключению (если медосмотр для принятия на работу в соответствии с законодательством является обязательным) или заключению медико-социальной (экспертной) комиссии;

2) банкротства заказчика.

Если выпускник без уважительных причин не защитил дипломный проект, заказчик может предоставить ему работу с учетом полученной специальности и квалификации.

Выпускник, призванный на срочную военную службу к Вооруженным силам Украины, после ее окончания обязан прибыть на работу по назначению. Пребывание в рядах Вооруженных сил Украины засчитывается в предусмотренный соглашением срок работы по назначению. Это касается также выпускников, которые проходят альтернативную (невоенную) службу.

Время пребывания жены в отпуске по окончании высшего учебного учреждения в связи с беременностью, родами, уходом за ребенком к достижению его трехлетнего возраста засчитывается к сроку работы по назначению.

Если условия соглашений, заключенных до брака мужем и женой, не предусматривают направления их к одному и тому же населенному пункту, место их работы определяется по договоренности между ними и заказчиками, а если они не пришли к согласию, один из супругов имеет право разорвать договор в одностороннем порядке.

В случае неприбытия молодого специалиста по направлению или отказа без уважительной причины приступить к работе по назначению, освобождение его по инициативе администрации за нарушение трудовой дисциплины, освобождения по собственному желанию в течение трех лет выпускник обязан возместить в установленном порядке в государственный бюджет стоимость обучения и компенсировать заказчику все расходы.

Выпускнику, которому отказано в принятии на работу по прибытию к месту назначения, заказчик компенсирует расходы, связанные как с переездом выпускника и членов его семьи к месту назначения, так и с возвращением к постоянному месту обитания (если он был направлен к другой местности) согласно определенным в соглашении условиям.

В случае отказа в принятии на работу по назначению и обращение молодых специалистов к центрам занятости заказчики возмещают государственной службе занятости все расходы, связанные с трудоустройством, переподготовкой, выплатой помощи по безработице и материальной помощи в размере стипендии во время прохождения профессиональной подготовки и переподготовки. Полученные средства направляются к местной части Государственного фонда содействия занятости населения.

Конфликты, которые возникают в случае нарушений соглашения, рассматриваются в судебном порядке. Порядок трудоустройства выпускников, которые учились по государственному заказу, проводится согласно законам Украины.

Выпускники высших учебных учреждений трудоустраиваются на места, перечень которых отсылают исполнители государственного заказа к высшему учебному учреждению.

Руководство ВУУ не позже чем за год до окончания обучения предлагает выпускнику должность в соответствии с заключенным соглашением. При этом вищим учебным учреждением оформляется карточка

трудоустройства выпускника в двух экземплярах на каждое лицо. Первый экземпляр сохраняется в ВУУ, второй — отсылается заказчику.

Заказчик не позже чем за два месяца до окончания учебы на основании полученной карточки трудоустройства подтверждает высшему учебному учреждению достоверность посланного им перечня мест трудоустройства выпускников.

Вручение выпускнику диплома об окончании высшего учебного учреждения, направления на работу та выдача надлежащих ему средств, которые перечислены к высшему учебному учреждению заказчиком, осуществляются в течение семи дней по завершению им обучения в ВУУ. Оформленное заказчиком или высшим учебным учреждением (по договоренности с заказчиком) направление на работу является основанием для заключения трудового договора между молодым специалистом и заказчиком.

Молодой специалист должен прибыть к месту назначения в срок, определенный в направлении на работу.

Если заказчик отказал молодому специалисту в принятии на работу, последний обращается к государственной службе занятости за содействием в трудоустройстве. При этом предъявляется направление на работу и скреплена печатью заказчика справка об отказе в трудоустройстве.

Регистрация молодых специалистов в государственной службе занятости осуществляется по постоянному месту жительства, отмеченном законодательством о занятости населения.

По просьбе молодого специалиста, который получил справку о предоставлении возможности самостоятельного трудоустройства, или согласно направлению службы занятости в течение трех лет по завершению младшим специалистом высшего учебного учреждения руководитель предприятия, учреждения, организации может оформить направление на работу.

Социальные гарантии и компенсации

Молодым специалистам, которые получили направление на работу по окончании высшего учебного учреждения, предоставляется отпуск длительностью 30 календарных дней. За время отпуска молодым специалистам выплачивается помощь в размере академической или социальной стипендии, которую они получали в последний месяц учебы в ВУУ (кроме дополнительной социальной стипендии, которая выплачивается лицам, которые пострадали от Чернобыльской катастрофы) за счет заказчика. После заключения трудового договора на молодых специалистов распространяются все виды социальной защиты, предусмотренные коллективным договором работников предприятия, учреждения, организации (п. 24 с изменениями, внесенными согласно Постановлению Кабинета Министров № 882 от 12 июля в 2004 г.).

Молодым специалистам, которые обратились за содействием в трудоустройстве к государственной службе занятости и зарегистрированные как такие, которые ищут работу, в течение десяти календарных дней с момента регистрации ищут соответствующую работу с учетом специальности. Если соответствующей работы не предложено, им предоставляется статус безработных с выплатой помощи по безработице к решению вопроса о трудоустройстве согласно законодательству о занятости населения. В этот период молодые специалисты имеют право на бесплатную профессиональную ориентацию, а также на участие в оплачиваемых общественных работах. На лица, занятые на общественных работах, распространяются социальные гарантии, включая право на пенсионное обеспечение, выплату помощи в связи с временной нетрудоспособностью.

Освобождение молодого специалиста по инициативе заказчика к окончанию срока соглашения разрешается в случаях, предусмотренных ст. 40 КЗоТ.

В случае невозможности предоставить соответствующую работу государственная служба занятости по желанию молодых специалистов

направляет их на переподготовку с целью последующего трудоустройства по новой приобретенной специальности или профессии.

Если заказчик отказывает молодому специалисту в принятии на работу после получения с ВУУ карточки трудоустройства, прием его на работу осуществляется согласно п.25 этого Порядка, если высшее учебное учреждение не может предложить выпускнику другое место работы.

Должности по штатному расписанию, согласно которого в текущем году должны быть приняты на работу молодые специалисты согласно договору, не подлежат замещению другими работниками. В случае производственной необходимости на эти должности могут быть приняты другие работники на срок к назначению на них молодых специалистов.

Если выпускник по его согласию переводится на работу в другое предприятие, учреждение, организацию, ему предоставляется этим предприятием, учреждением, организацией новое направление на работу. За выпускником в этом случае сохраняются все права и обязанности молодого специалиста. Выпускникам, которые закончили высшие учебные заведения с отличием, по решению заказчика может устанавливаться заработная плата в пределах схемы должностных окладов. Освобождение на основании, отмеченных в пунктах 1, 2 и 6 этой статьи, допускается, если невозможно перевести работника, за его согласием, на другую работу.

Не допускается освобождение работника по инициативе владельца или уполномоченного им органу в период его временной неработоспособности (кроме освобождения за п.5 этой статьи), а также в период пребывания работника в отпуске. Это правило не распространяется на случай полной ликвидации предприятия, учреждения, организации.

Лица, которые учились в учебных учреждениях на контрактных условиях, трудоустраиваются самостоятельно.

Медицинские осмотры работников

Определяющее место в системе мероприятий, направленных на предупреждение возникновения профессиональных заболеваний и здравоохранение работников в целом, в структуре лечебно-профилактических мероприятий принадлежит проведению медицинских осмотров работников. Целью этих осмотров является своевременное выявление заболеваний или отклонений в состоянии здоровья, что угрожают работнику и его окружению в конкретных условиях осуществления профессиональной деятельности. По своему характеру медосмотры делятся на предупредительные и периодические.

Предупредительные медицинские осмотры проводят во время принятия на работу для установления физической, психофизиологической и психологической пригодности лиц к работе по конкретно избранными профессией, специальностью или должностью. Периодические медицинские осмотры проводят в течение времени выполнения работником трудовых обязанностей; они обеспечивают динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, выявления ранних признаков вредного влияния производственных условий на организм, а также заболеваний, наличие которых делает невозможным продолжение работы по данной профессии; предотвращают возникновение несчастных случаев, распространение инфекционных и паразитарных заболеваний и т.п.

Работодателю для проведения обязательных медицинских осмотров, работников нужно ознакомиться с такими документами, как:

- Кодекс законов Украины о труде (КЗоТ), который утверждается Законом Украины № 322-VIII от 10 декабря в 1971 г., с изменениями и дополнениями;

- Кодекс Украины об административных правонарушениях (КПАП) № 8073-X от 7 декабря в 1984 г., с изменениями и дополнениями.

- Закон Украины «Об обеспечении санитарного и эпидемиологического благополучия населения» № 4004-ХІІ от 24 февраля в 1994 г., с изменениями и дополнениями;
- Закон Украины «О защите населения от инфекционных заболеваний» № 1645-ІІІ от 6 апреля в 2000 г., с изменениями и дополнениями;
- Закон Украины «Об охране труда» № 2694-ХІІ от 14 октября в 1992 г., с изменениями и дополнениями;
- Постановление Кабинета Министров Украины «Об утверждении Перечня профессий, производств и организаций, работники которых подлежат обязательным профилактическим медицинским осмотрам, Порядку проведения этих обзоров и выдачи личных медицинских книжек» № 559 от 23 мая в 2001 г., с изменениями и дополнениями;
- Приказ Министерства здравоохранения Украины «Относительно организации проведения обязательных профилактических медицинских осмотров работников отдельных профессий, производств и организаций, деятельность которых связана с обслуживанием населения и может привести к распространению инфекционных болезней» № 280 вол 23 июля в 2002 г.
- «Перечень работ, где есть необходимость профессионального отбора», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Украины, Государственного комитета Украины по надзору за охраной труда № 263/121 от 23 сентября в 1994 г.
- «Порядок проведения медицинских осмотров работников определенных категорий», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Украины № 246 вол 21 мая в 2007 г.
- Приказ Министерства здравоохранения Украины «Об утверждении Гигиенической классификации труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса» №528 от 27 декабря 2001р.

Для прохождения медицинских осмотров работникам нужно за свой счет приобрести личные медицинские книжки (ЛМК), их выдачу или реализацию могут осуществлять:

- организации, уполномоченные реализовывать бланки строгой отчетности;
- учреждения здравоохранения, что будут проводить обязательные медицинские осмотры.

Дальше ЛМК сохраняется у работодателя. Она может выдаваться работнику только для прохождения медицинского осмотра, после чего подлежит возвращению работодателю. В отдельных случаях, когда хранение ЛМК у работодателя является нецелесообразным или невозможным, допускается ее хранение у работника.

В случае освобождения работника ЛМК выдается ему под расписку. Кроме того, работодатель должен обеспечить ведение журнала регистрации ЛМК, где отмечают номер, серию, дату выдачи книжки, фамилию, имя, отчество ее владельца.

После того как медицинский осмотр будет пройден, комиссия оформляет свое заключение о состоянии здоровья работника. Результаты медицинского осмотра заносятся в Карточку работника (форма 246), который подлежит периодическому медицинскому осмотру, и в Медицинскую карточку амбулаторного больного (форма 025/о). В Карточке работника отмечают жалобы работника на состояние здоровья, анамнез, результаты медицинского осмотра, лабораторных, функциональных и других исследований, диагноз, вывод о профессиональной пригодности работника.

Имеющаяся в Карточке информация является конфиденциальной, потому предусмотрено, что она должна сохраняться у штатного медработника или в отделе кадров.

На основании Карточки работника комиссия выдает работнику медицинскую справку о прохождении предыдущего (периодических) медицинского осмотра.

В случае изменения места работы Карточка работника выдается ему под расписку для предъявления на новом месте работы (предусмотрено, что каждая страница Карточки должна удостоверяться печатью отдела кадров, но в случае с предпринимателем это может быть его печать или просто подпись, при отсутствии печати). Копия Карточки работника сохраняется у работодателя (по основному месту работы) в течение 15 лет после увольнения работника.

Кроме того, работодателю в течение месяца по окончании медицинского осмотра комиссия передает Заключительный акт.

Результаты медицинского осмотра могут быть обжалованы работодателем или гражданином в лечебно-профилактическом учреждении высшего уровня или в судебном порядке.

Как администрация (работодатель), так и лечебно-профилактические учреждения и работники имеют определенные права и обязанности, связанные с проведением медицинских осмотров. Работодатель обязан сохранить за работником на время прохождения медицинского осмотра место работы (должность) и средний заработок. Администрация (работодатель) несет непосредственную ответственность за осуществление контроля по проведению медосмотров.

Работник имеет право получать информацию о вредных и опасных производственных факторах на рабочих местах и возможны последствия их влияния на здоровье в процессе выполнения профессиональной деятельности на предприятии, о состоянии здоровья на основании выводов комиссии, которая осуществляет медицинский осмотр.

Лечебно-профилактическое учреждение несет ответственность за качество проведения медосмотров, достоверность медицинских выводов, объективность оценки состояния здоровья, соответствие медицинского вывода фактическому состоянию здоровья работника, полноту учета лиц, которые подлежат диспансерному наблюдению, своевременное выявление профессиональных заболеваний и отравлений и т.п.

Если работодатель допускает к выполнению обязанностей работника, который обслуживает население, без профосмотра, результаты которого указаны в ЛМК, то он нарушает санитарное законодательство, как и его работник. Это нарушение карается штрафом, который изымается как с наемного рабочего, так и с работодателя.

Длительность рабочего времени, время отдыха

Любая трудовая деятельность рабочего или служащего происходит в течение определенного времени, а конкретная длительность выполняемой работником работы измеряется его рабочим временем. Связи с этим учетом рабочее время – это установленное законом или на его основе время (неполное рабочее время), когда работник должен быть на рабочем месте и выполнять обусловленную трудовую функцию.

Длительность рабочего времени можно разделить на такие виды:

- а) нормальная длительность рабочего времени, которое не может превышать 40 час в неделю (ч.1 ст. 50 КЗоТ). Она установлена Законом Украины «О внесении изменений в КЗоТ в связи с установлением 40-часовой рабочей недели» № 3610-ХІІ от 17 ноября в 1993 г. и закреплена в ст. 45 Конституция Украины 1996 г., в которой указывается, что максимальная длительность рабочего времени определяется законом;
- б) сокращенное рабочее время, которое по продолжительности меньше нормального, но с оплатой труда как за нормальную длительность. Он имеет такие особенности: устанавливается лишь законом; распространяется только на отдельные категории работников (с учетом их возраста, условий и интенсивности труда, специфики трудовых функций и т.п.). В частности, для несовершеннолетних длительность рабочего времени устанавливается 36 час в неделю, а для лиц возрастом 15—16 лет и учеников возрастом 14—15 лет, которые работают, — 24 час в неделю; для работников, которые работают в неблагоприятных условиях (вредных — инфекционные больницы, противотуберкулезные, психиатрические учреждения и т.п.; тяжелых —

шахтеры) в зависимости от уровня вредного влияния на их здоровье, длительность рабочего времени устанавливается 24 час в неделю.

Определенные особенности имеет и такой вид рабочего времени, как неполное рабочее время, меньше нормального нормируемого и сокращенный. Обычно неполное рабочее время устанавливается как во время принятия на работу, так и позже. Характерные признаки этого вида рабочего времени: а) как правило, оно устанавливается по соглашению сторон трудового договора; б) оплата труда осуществляется согласно норм выработки или в зависимости от отработанного времени; в) объем трудовых прав работников не ограничивается; г) для отдельных работников владелец обязан установить неполное рабочее время (это беременные, а также женщины, которые имеют ребенка в возрасте до 14 лет или ребенка-инвалида).

В правовой регуляции рабочего времени особенное место занимают режим и учет длительности труда. Режим труда или рабочего времени — это определенный порядок распределения нормы времени, в частности его начала, окончания и перерывов в работе. Режим труда включает определенную длительность рабочего времени за соответствующий период: рабочую неделю, рабочий день, рабочую смену — распределение рабочего времени на части, ненормируемое рабочее время, ночное рабочее время, сверхурочную работу, дежурство и учет рабочего времени.

Ненормируемый рабочий день — это особенный режим труда. Он устанавливается для отдельных категорий работников (руководителей предприятий, структурных подразделений и др.), когда длительность их труда не поддается точному учету, а работа выполняется сверх нормальной длительности рабочего дня без дополнительной оплаты и без компенсации отгулом, а лишь дополнительным отпуском длительностью до семи календарных дней.

Ночное рабочее время определяется законом с 22-х часов до 6-ти часов (ст. 55 КЗоТ) и имеет такую особенность, как запрет вовлекать в работу в

ночное время беременных и женщин, которые имеют детей до трех лет, лиц, младшие 18 лет, и других предусмотренных законом работников.

Учет рабочего времени должен осуществлять владелец предприятия. Существуют такие виды учета рабочего времени:

- ежедневный, когда работник имеет одинаковую длительность ежедневной работы;
- еженедельный, когда каждую неделю одинаково реализуется недельная норма рабочих часов (например, 40, 24, 6 или меньше);
- итоговый, когда невозможна выдержка ежедневной или еженедельной нормы длительности рабочего времени.

Оно может быть месячным, квартальным, годовым, но с таким расчетом, чтобы длительность рабочего времени в неделю не превышала 40 час на каждого работника. Такой учет применяется при наличии изменений разной длительности или на непрерывно действующих предприятиях. Каждый, кто работает, имеет право на отдых (ст. 45 Конституции Украины в 1996г.). Это право обеспечивается разными средствами, самые главные из которых. Установлены такие виды отпусков:

I. Ежегодный отпуск:

– ежегодный основной отпуск — не меньше чем 24 календарных дня за отработанный рабочий год. Руководителям, педагогическим, научно педагогическим работникам образования ежегодный основной отпуск установлен на протяжении 56 календарных дней. Лицам в возрасте до 18 лет — 31 календарный день, инвалидам I и II групп — 30 календарных дней, инвалидам III группы — 26 календарных дней. Установлено длительность ежегодных отпусков для шахтеров, работников лесной промышленности, горноспасательных частей;

– ежегодный дополнительный отпуск за работу во вредных и тяжелых условиях труда — до 35 календарных дней (для занятых на работах, связанных с негативным влиянием на здоровье вредных производственных факторов; конкретная длительность отпуска устанавливается коллективным

или трудовым договором в зависимости от результатов аттестации рабочих мест по условиям труда и времени занятости работника в этих условиях);

– ежегодный дополнительный отпуск за особенный характер труда — до 35 календарных дней (для работников, работа которых связана с повышенной нервно-эмоциональной и интеллектуальной нагрузкой; конкретная длительность отпуска устанавливается коллективным или трудовым договором в зависимости от результатов аттестации рабочих мест по условиям труда и времени занятости работника в этих условиях) и 7 календарных дней — работникам с ненормируемым рабочим днем.

II. Дополнительные отпуска в связи с учебой работников:

а) в средних учебных учреждениях — работникам, которые получают общее среднее образование в средних общеобразовательных вечерних школах, классах, группах с очной, заочной формами учебы при общеобразовательных школах. Предоставляется дополнительный оплачиваемый отпуск на период составления:

– выпускных экзаменов в основной школе — длительностью 10 календарных дней;

– переводных экзаменов в старшей школе — 23 календарных дня;

– переводных экзаменов в основной и старшей школах — от 4 до 6 календарных дней без учета выходных. Тем, кто сдает экзамены экстерном в основной и старшей школе, — соответственно 21 и 28 календарных дней;

б) работникам, которые учатся в профессионально-технических учреждениях образования; они имеют право на дополнительный оплачиваемый отпуск длительностью 35 календарных дней на протяжении года;

в) работникам, которые учатся в высших учебных учреждениях, учебных учреждениях последиplomного образования и аспирантуре.

Работникам, которые успешно учатся без отрыва от производства в высших учебных учреждениях с вечерней и заочной формами учебы, предоставляются дополнительные оплачиваемые отпуска:

1) на период установочных занятий, выполнения лабораторных работ, составления зачетов и экзаменов для тех, кто учится на первом и втором курсах в ВУУ I и II уровней аккредитации с вечерней формой учебы, — 10 дней ежегодно;

– III и IV уровней аккредитации с вечерней формой учебы — 20 календарных дней ежегодно;

– независимо от уровня аккредитации с заочной формой учебы — 30 календарных дней ежегодно;

2) на период установочных занятий, выполнения лабораторных работ, составления зачетов и экзаменов для тех, кто учится на третьем и следующих курсах высших учебных учреждений:

– I и II уровней аккредитации с вечерней формой учебы - 20 календарных дней ежегодно;

– III и IV уровней аккредитации с вечерней формой учебы — 30 календарных дней ежегодно;

– независимо от уровня аккредитации с заочной формой учебы — 40 календарных дней ежегодно;

3) на период сдачи государственных экзаменов в ВУУ независимо от уровня аккредитации — 30 календарных дней;

4) на период подготовки и защиты дипломного проекта (работы) студентам, которые учатся в ВУУ с вечерней и заочной формами учебы I и II уровней аккредитации - 2 мес., а в ВУУ III и IV уровней аккредитации — 4 мес.

Длительность дополнительных оплачиваемых отпусков работникам, которые получают второе (следующее) высшее образование по заочной (вечерней) форме учебы в учебных учреждениях последиplomного образования и ВУУ, что имеют в своем подчинении подразделения последиplomного образования определяется как для лиц, которые учатся на третьем и следующих курсах высшего учебного учреждения соответствующего уровня аккредитации.

Работникам, допущенным к сдаче вступительных экзаменов в аспирантуру с отрывом или без отрыва от производства, для подготовки и сдачи экзаменов предоставляется один раз на год дополнительный оплачиваемый отпуск из расчета 10 календарных дней на каждый экзамен. Тем, кто учится в аспирантуре без отрыва от производства и успешно выполняет индивидуальный план подготовки, предоставляется дополнительный оплачиваемый отпуск длительностью 30 календарных дней и по их желанию в течение четырех лет учебы, - один свободный от работы день в неделю с оплатой его в размере 50 % средней заработной платы.

Для работников, которые учатся в высших учебных учреждениях с вечерней и заочной формами учебы, где учебный процесс имеет свои особенности, законодательством может устанавливаться другая длительность отпусков в связи с учебой.

Отпуск в связи с профсоюзной учебой - на время профсоюзной учебы работников, избранных в состав выборных профсоюзных органов предприятия, учреждения, организации, предоставляется дополнительный оплачиваемый отпуск длительностью до 6 календарных дней.

III. Творческий отпуск: предоставляется работникам для окончания диссертационных работ, написания учебников и в других случаях, предусмотренных законодательством. Длительность, порядок, условия и оплату устанавливает Кабинет Министров Украины.

IV. Социальные отпуска:

1) в связи с беременностью и родами. На основании медицинского заключения женщинам предоставляется оплачиваемый отпуск в связи с беременностью и родами длительностью: к родам — 70 календарных дней, после родов — 56 календарных дней (70 календарных дней — в случае рождения двух и больше детей и в случае осложнения родов), начиная со дня родов. Лицам, которые усыновили новорожденных детей непосредственно из роддома, предоставляется отпуск со дня усыновления длительностью 56 календарных дней (70 календарных дней — при усыновлении двух и больше

детей). В случае усыновления ребенка (детей) обеими родителями указанный отпуск предоставляется одному из родителей на их усмотрение;

2) по уходу за ребенком к достижению его трехлетнего возраста. По окончании отпуска в связи с беременностью и родами по желанию женщины ей предоставляется отпуск по уходу за ребенком к достижению его трехлетнего возраста.

Предприятие за счет собственных средств может предоставлять женщинам частично оплачиваемый отпуск и отпуск без сохранения заработной платы за ребенком большей длительности. Этот отпуск может быть использован полностью или частями также отцом ребенка, бабушкой, дедушкой или другими родственниками, которые фактически присматривают за ребенком, или лицом, которое усыновило или взяло под опеку ребенка.

По желанию женщины или лиц, упомянутых выше, в период пребывания их в отпуске для ухода за ребенком они могут работать на условиях неполного рабочего времени или дома. При этом за ними сохраняется право на получение помощи в период отпуска по уходу за ребенком;

3) дополнительный отпуск работникам, которые имеют детей. Женщинам, которые работают и имеют двух и больше детей в возрасте до 15 лет или ребенка-инвалида, или которые усыновили ребенка, одинокой матери, отцу, который воспитывает ребенка без матери (в том числе и в случае длительного пребывания матери в лечебном учреждении), а также лицу, которое взяло ребенка под опеку, предоставляется ежегодно дополнительный оплачиваемый отпуск длительностью 7 календарных дней без учета праздничных и нерабочих дней. При наличии нескольких оснований для предоставления этого отпуска ее общая длительность не может превышать 14 календарных дней.

V. Отпуск без сохранения заработной платы:

1) предоставляется по желанию работника в обязательном порядке:

- матери или отцу, который воспитывает детей без матери (в том числе и в случае длительного пребывания матери в лечебном учреждении), которая имеет двух и больше детей в возрасте до 15 лет или ребенка-инвалида, — длительностью до 14 календарных дней ежегодно;
- мужчине, жена которого находится в послеродовом отпуске, — длительностью до 14 календарных дней;
- матери или другим лицам, которые присматривают за ребенком, если ребенок нуждается в домашнем уходе, — длительностью, определенной в медицинском заключении, но не больше как к достижению ребенком шестилетнего возраста; если ребенок болен сахарным диабетом I типа – не больше как к достижению ребенком шестнадцатилетнего возраста.

Работникам, которые учатся в аспирантуре без отрыва от производства, в течение четвертого года учебы предоставляется по их желанию один свободный от работы день на неделю без сохранения заработной платы;

2) при согласии сторон: по семейным обстоятельствам и из других причин работнику может предоставляться отпуск без сохранения заработной платы на срок, обусловленный соглашением между работником и владельцем или уполномоченным им органом, но не больше 15 календарных дней в год.

Понятие «заработная плата», принципы ее дифференциации

Заработная плата - это вознаграждение (исчисляемое, как правило, в денежном выражении), которое по трудовому договору, владелец или уполномочен им орган выплачивает работнику за выполненную работу (ст. 1 Закона Украины «Об оплате труда» от 24 марта в 1995г.). Важным положением данного закона является то, что он содержит определение дополнительной и основной заработной платы, а также других поощрительных и компенсационных выплат и четко определяет основные правовые принципы организации вознаграждения за труд.

В отличие от общего понятия основная заработная плата - это вознаграждение за выполненную работу в соответствии с установленными нормами труда (нормы времени, выработки, обслуживания) и должностных

обязанностей, то есть в виде тарифной ставки (оклада), сдельных расценок для рабочих.

Дополнительная заработная плата - вознаграждение за труд сверх установленных норм за трудовые успехи и изобретательность и за особенные условия труда (доплаты, надбавки, гарантийные и компенсационные выплаты и т.п.). Другие поощрительные и компенсационные выплаты включают вознаграждение по итогам работы за год, премии по специальным системам или положениям. Именно основная и дополнительная заработная плата и другие поощрительные выплаты и составляют структуру заработной платы.

К основным принципам правовой организации вознаграждения за труд принадлежат:

- а) запрещение дискриминации в оплате;
- б) определение государственного минимального размера оплаты труда;
- в) определение вознаграждения за труд с учетом особенностей условий труда, его сложности, вредности, значения для народного хозяйства и других факторов;
- г) конкретные формы, системы и тарифы оплаты труда, которые определяются коллективными договорами и соглашениями.

Главные отличия вознаграждения, за труд по трудовому договору от оплаты за труд по гражданскому договору, заключаются в том, что выплата по трудовому договору:

- осуществляется систематически за выполненную работу (по гражданскому договору — однократно);
- разделяется на основную и дополнительную части (надбавки, доплаты, премии и т.п.);
- имеет установленный государством минимальный размер.

В контексте экономически правовых и организационных мероприятий отдельное место занимают формы и системы выплаты заработной платы. В

ст. 23 Закона Украины «Об оплате труда» от 24 марта в 1995 г. определенно три формы выплаты заработной платы. По первой форме заработная плата выплачивается работникам в денежных знаках, которые имеют законное обращение на территории Украины. Второй формой является возможность ее выплаты банковскими чеками. Согласно третьей форме, в виде исключения допускается возможность выплаты заработной платы натурой, но она должна реализоваться через коллективные договоры и только частично, а не в полном размере.

Системы оплаты труда разделяют на виды в зависимости от того, что берется за основу измерения труда. Если оплата труда насчитывается за установлено отработанное время, то это почасовая система оплаты труда. Почасовая заработная плата применяется тогда, когда результаты труда не поддаются точному учету или когда производство продукции диктуется ходом технологического процесса (оплата труда на конвейерах, автоматических линиях). Начисления же заработной платы по количеству выработанной продукции надлежащего качества называют сдельной системой заработной платы.

Обе системы имеют определенные разновидности. Например, сдельная система делится на прямую сдельную, сдельно прогрессивную, сдельно-премиальную аккордную. Почасовая же система оплаты труда делится на почасовую, дневную и месячную.

При простой почасовой оплате за отработанное время рабочие получают установленную им тарифную ставку, а инженерно-технические работники и служащие — должностной оклад. Такую систему используют преимущественно в учреждениях образования. На предприятиях, по большей части, применяют почасово-премиальную систему, когда рабочий, кроме тарифной ставки или оклада получает премию, которую насчитывают за достижение высоких количественных и качественных показателей в работе (рост производительности труда, повышения качества продукции,

сокращения срока ремонта оборудования и т.п.). Руководящий состав и служащие получают премии за высокоэффективную работу предприятия.

При прямой сдельной оплате проводится выплата за каждую единицу выработанной продукции по одинаковой расценке, и заработок прямо пропорционален выработке рабочего. При сдельно прогрессивной оплате труд рабочего оплачивается за выработанную продукцию в пределах нормы выработки по основным сдельным расценкам, и за продукцию, которая выработана сверх нормы, — по высшим и постепенно растущим расценкам. При сдельно-премиальной системе сдельный заработок дополняется премией за перевыполнение норм выработки или за высокое качество продукции, экономию сырья, материалов, топлива, электроэнергии и т.п. Особенной разновидностью сдельной оплаты труда является коллективная оплата труда. Она предусматривает определение группе рабочих общей суммы заработка за тот объем работы или количества продукции, который должен быть достигнут, независимо от срока его выполнения. Эта система широко применяется в строительстве, сельском хозяйстве и некоторых других отраслях.

В некоторых странах (США, Япония, ФРГ, Большая Британия и др.) также широко применяются почасовая и сдельные формы оплаты труда и такие системы заработной платы, как тарифные, премиальные, коллективные. Их действие направлено на обеспечение бесперебойной работы оборудования, повышения квалификации работников, улучшения качества продукции, экономическое использование материальных и энергетических ресурсов, роста производительности труда. Однако в новых отраслях с высокой технической оснасткой и прогрессивными, новыми технологиями производства предприниматели все чаще отказываются от традиционных систем заработной платы, когда труд рабочих оплачивается в соответствии с количеством отработанных часов или объемов продукции, а служащих — за твердо установленной ставкой. Эти системы замещают разными вариантами индивидуальной заработной платы, исходя из

творческой инициативы рабочего, высокого чувства ответственности за порученную работу.

В настоящее время значительно расширены права предприятий в организации заработной платы. По закону Украины «О предприятиях в Украине» № 887-ХІІ от 27 марта в 1991 г., предприятие самостоятельно устанавливает формы, системы и размеры оплаты труда, а также другие виды доходов работников. Предприятия могут использовать государственные тарифные ставки, должностные оклады как ориентиры для дифференциации оплаты труда в зависимости от профессии, квалификации работников, сложности и условий выполняемых ими работ.

Правовая регуляция оплаты труда, кроме вышеперечисленного, охватывает гарантийные и компенсационные выплаты. Гарантийными называют выплаты, когда работник не исполняет трудовые обязанности по уважительным причинам, предусмотренных законодательством. К таким выплатам относятся:

- а) оплата простоя не по вине работника в размере среднего заработка;
- б) оплата труда женщины в размере среднего заработка в случае перевода ее на другую работу в связи с беременностью в соответствии с медицинским заключением;
- в) выплата выходного пособия в случае увольнения на основаниях, предусмотренных п. 6 ст. 36, п. 1, 2, 6 ст. 40 КЗоТ, в размере не меньше среднего месячного заработка и в других определенных законом случаях.

Компенсационные выплаты — возмещение расходов работника, переезд на работу в другую местность, использование собственного инструмента, транспортных средств и т.п.

Медицинским работникам предусмотрены также разные виды доплат:

1. Доплаты за совмещение профессий (должностей), выполнения обязанностей временно отсутствующего работника и расширения зоны обслуживания или увеличения объема выполняемых работ:

– профессионалам, специалистам, техническим служащим и рабочим, которые выполняют в том же учреждении, учреждении рядом со своей основной работой, дополнительную работу по другой профессии (должности) или обязанности временно отсутствующего работника без освобождения от своей основной работы, проводится доплата за совмещение профессии (должности) или выполнение обязанностей временно отсутствующего работника в размере до 50 % должностного оклада по основной должности.

Конкретный размер этих доплат устанавливается руководителем учреждения, учреждения в зависимости от квалификации работника, сложности и объема выполняемых работ;

– доплаты за расширение зоны обслуживания или увеличения объема работ проводятся в размере до 50 % должностного оклада работника. Отмеченные доплаты устанавливаются работникам при условии выполнения ими работы меньшей численностью работников, чем по установленным нормам (нормативам);

– руководителям учреждений здравоохранения и учреждений социальной защиты населения — врачам и их заместителям — врачам разрешается вести в учреждениях, учреждениях, в штате которых они есть, работу по специальности в пределах рабочего времени по основной должности с выплатой им до 25% должностного оклада врача соответствующей специальности.

Отмеченная работа руководителей учреждений здравоохранения и учреждений социальной защиты населения — врачей и их заместителей — врачей должна фиксироваться в соответствующих медицинских документах.

2. Доплаты за работу в ночное время:

– работникам (в том числе водителям санитарных автомобилей, которые есть в штате автотранспортных предприятий и других организаций), которые вовлекаются в работу в ночное время, осуществляется доплата в размере 35 % часовой тарифной ставки (должностного оклада) за каждые

часы работы в ночное время. Ночным считается время с 22-х часов до 6-ти часов утра;

– работникам, занятым предоставлением экстренной, скорой и неотложной медицинской помощи (в том числе водителям санитарных автомобилей скорой, неотложной медицинской помощи, которые есть в штате автотранспортных предприятий и других организаций), а также тем, кто работает в отделениях (палатах) анестезиологии и интенсивной терапии, для новорожденных детей, в родильных (акушерских) отделениях, проводится доплата в размере 50 % часовой тарифной ставки (должностного оклада) за каждые часы работы в ночное время.

Доплата за стаж — согласно Постановлению Кабинета Министров Украины № 1418 от 26 декабря в 2009 г. «Об утверждении порядка выплаты надбавки за выслугу лет врачам и специалистам с базовым и неполным высшим медицинским образованием государственных и коммунальных учреждений здравоохранения».

стаж более 3 лет — 10 % должностного оклада;

больше 10 лет — 20 %;

больше 20 лет — 30 %.

Перечень должностей и подразделов, за работу в которых проводятся отмеченные доплаты, утверждается руководителем учреждения по согласованию с профсоюзным комитетом. Он не подлежит ежегодному пересмотру, а в случае необходимости в него могут вноситься изменения и дополнения в таком же порядке.

Приказ Министерства труда и социальной политики Украины и МОЗ Украины «О благоустройстве условий оплаты труда работников учреждений здравоохранения и учреждений социальной защиты населения» № 308/519 от 5 октября в 2005 г. Дополнение к Условиям оплаты труда работников заведений здравоохранения и учреждений социальной защиты населения

Трудовая дисциплина

Терминологическое понятие «дисциплина» означает воспитание, распорядок, который указывает на соответствующее поведение в коллективе. Трудовая же дисциплина — это, во-первых, специальное направление, составляющего неотъемлемого элемента особенной части трудового права. Во-вторых, трудовая дисциплина является необходимым условием любого коллективного труда независимо от его общественной организации. Поэтому в широком понимании трудовая дисциплина включает:

- производственную дисциплину, то есть соблюдение последовательности процессов производства (снабжение сырья, соблюдения условий труда и т.п.);

- технологическую дисциплину, то есть соблюдение технологии изготовления товаров, продукции и т.п.;

- дисциплину рабочего времени, то есть соблюдение распорядка дня, перерывов в работе, отдыхе. Но как правовое явление, трудовая дисциплина характеризуется тем, что она является элементом трудовых правоотношений, то есть обязанностью работника; обязательным подчинением всех участников коллективного труда установленному порядку; самостоятельным институтом трудового права как совокупность правовых норм.

Следовательно, на основе отмеченных общих положений можно прийти к выводу, что трудовая дисциплина — это совокупность правовых норм, которые регулируют внутренний трудовой распорядок и устанавливают трудовые права и обязанности сторон трудового договора, а также поощрения за успехи в работе и ответственность за преднамеренное невыполнение трудовых обязанностей. Главным содержанием трудовой дисциплины является не только выполнение правовых норм в отрасли труда, но и сознательное творческое отношение к выполняемой работе, обеспечению высокого качества в работе, рациональное использование рабочего времени, стремления к сотрудничеству и взаимоуважению.

Основным нормативным актом, который регулирует вопрос дисциплины труда и организации внутреннего трудового распорядка на предприятии, являются типовые правила внутреннего трудового распорядка для рабочих и служащих предприятий, учреждений, организаций. На основании типичных правил в коллективном договоре разрабатываются правила внутреннего трудового распорядка с учетом условий труда этого предприятия, которые утверждаются трудовыми коллективами по предоставлению владельца или уполномоченного им органу и выборным органом первичной профсоюзной организации (профсоюзным представителем). В правилах внутреннего трудового распорядка конкретизируются обязанности администрации, рабочих и служащих, вопросы принятия на работу и освобождение, использование рабочего времени, порядок применения поощрений за добросовестный труд и мероприятий влияния на нарушителей трудовой дисциплины. Указанные правила напоминают работодателю об обязанности улучшать условия труда, придерживаться требований нормативно правовых актов из охраны труда.

Дисциплинарной ответственности свойственные черты, которые оказываются в таких общедемократических принципах, как законность, справедливость, неотвратимость и наличие правовых гарантий от бесосновательного применения взысканий. С учетом многогранности трудового процесса, сложности трудовых функций работников и в зависимости от их правового статуса дисциплинарную ответственность разделяют на общую и специальную.

Общая дисциплинарная ответственность за нарушение работником трудовой дисциплины устанавливается согласно КЗоТ Украины и правилами внутреннего трудового распорядка.

Специальная дисциплинарная ответственность за нарушение работником дисциплины устанавливается по таким нормам права: а) специальные законы, например Закон Украины «Об адвокатуре» № 2887-ХІІ от 19 декабря в 1992 г., Закон Украины «О статусе судей» № 2862-ХІІ от 15

декабря в 1992 г. и т.п.; б) специальные дисциплинарные уставы или положения, например Дисциплинарный устав прокуратуры Украины, Устав о дисциплине работников связи, Положения о дисциплинарной ответственности работников железнодорожного транспорта и т.п.

Самая распространенная в трудовом процессе общая дисциплинарная ответственность. Ее характерные признаки заключаются в том, что она охватывает широкий круг рабочих и служащих и предусматривает лишь два вида дисциплинарных взысканий — выговор и освобождение от работы.

К применению дисциплинарного взыскания установлены такие обязательные требования:

- выявление дисциплинарного проступка;
- получение от нарушителя письменного объяснения;
- выдержка сроков наложения дисциплинарного взыскания — один месяц из дня выявления дисциплинарного проступка и шесть месяцев из дня его совершения работником;
- издание владельцем приказа или распоряжения о применении дисциплинарного взыскания;
- доведение приказа (распоряжение) под расписку к сведению работника.

Особенное место среди дисциплинарных взысканий принадлежит дисциплинарным:

- увольнениями, которые применяются за такие проступки;
- систематическое нарушение трудовой дисциплины;
- прогул;
- появление на работе в нетрезвом состоянии, в состоянии наркотического или токсичного опьянения;
- разворовывание по месту работы государственного или общественного имущества.

Административная ответственность налагается на должностные лица, виновные в нарушениях законодательства об охране труда, в виде

денежного штрафа. Право взыскивать административные из причин, отмеченных в Законе Украины «Об охране труда», имеют служебные лица Государственного комитета Украины из надзора за охраной труда (Госнадзорхрантруда). Максимальные размеры и виды штрафов, которые могут быть ими наложенные, определяются действующим законодательством. Административной ответственности подлежат лица, которые достигли на момент совершения административного правонарушения шестнадцатилетнего возраста.

Материальная ответственность сторон трудового договора в отличие от дисциплинарной имеет взаимный характер. Подавляющее большинство работников добросовестно и сознательно исполняет трудовые обязанности, требования правовых норм. Но трудовой процесс — явление многогранное, и его нарушение может привести к материальной ответственности как работника, так и владельца предприятия.

Именно это следует из закона, где записано, что работники несут материальную ответственность за вред, причиненный предприятию в результате нарушения возложенных на них трудовых обязанностей (ст. 130 КЗоТ). Вместе с тем, и вторую сторону трудового договора — владельца предприятия — закон обязывает создавать работнику условия, необходимые для выполнения норм работы и обеспечения полного сохранения порученного имущества (ст. 131 КЗоТ).

Из совокупности обязанностей сторон трудового договора следует вывод, что материальная ответственность — это обязанность работника возместить в установленном законом порядке и размерах прямой действительный вред, причиненный предприятию (учреждению, организации) его противоправным и преднамеренным невыполнением или неподобающим выполнением своих трудовых обязанностей. Совокупность правовых норм института материальной ответственности способствует: возобновлению целостности имущества; воспитанию у работников

заботливого отношения к имуществу; укреплению гарантий сохранения заработной платы.

Криминальная ответственность наступает, если нарушение требований законодательства и других нормативных актов об охране труда создало опасность для жизни или здоровья граждан. Субъектом криминальной ответственности по вопросам охраны труда может быть любое служебное лицо предприятия, учреждения, организации независимо от формы собственности, а также гражданин — владелец предприятия или уполномочено им лицо. Криминальная ответственность определяется в судебном порядке.

Тема 2

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И УЧРЕЖДЕНИЯХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1. Учебная цель:

1.1. Усвоить основные законодательные акты по охране труда относительно обеспечения безвредных и безопасных условий труда; изучить структуру и содержание коллективного договора как важной формы демократического самоуправления; цель, сроки и условия проведения первичного, повторного, внепланового и целевого инструктажей.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знать:

2.1.1. Основные законодательные акты по охране труда относительно обеспечения безвредных и безопасных условий труда.

2.1.2. Коллективный и трудовой договоры как отображения законодательства по охране труда.

2.1.3. Цель, сроки и условия проведения первичного, повторного, внепланового и целевого инструктажей.

2.2. Уметь:

2.2.1. Давать оценку правильности оформления коллективного и трудового договоров, условий контракта.

2.2.2. Научно обосновать определенные гигиенические стандарты, регламенты, санитарные правила и нормы относительно влияния на организм человека разных факторов производственной среды, которые обеспечивают выполнение трудовой деятельности в безвредных условиях.

3. Вопросы для самоподготовки

3.1. Основные законодательные акты по охране труда относительно обеспечения безвредных и безопасных условий труда.

3.2. Коллективный и трудовой договоры как отображения законодательства по охране труда.

3.3. Структура и содержание коллективного договора.

3.4. Трудовой договор как составная часть коллективного договора. Контракт.

3.5. Права работников на охрану труда во время работы на предприятии, на льготы и компенсации за тяжелые и вредные условия труда.

3.6. Организация защиты работников от влияния неблагоприятных факторов в современном производстве.

3.7. Организация обучения по охране труда.

3.8. Состав и обязанности комиссии по проверке знаний по вопросам охраны труда.

3.9. Цель, сроки и условия проведения первичного, повторного, внепланового и целевого инструктажей.

3.10. Обучение и проверка знаний по вопросам охраны труда, условия, сроки проведения.

4. Литература

4.1. Основная:

4.1.1. Охорона праці в медичній галузі : навч.-метод. посіб. / О.П. Яворовський, М.І. Веремей, В.І. Зенкіна та ін. – К. : ВСВ “Медицина”, 2015. – 208 с.

4.1.2. Безпека життєдіяльності, основи охорони праці: навч. посіб. / О.П. Яворовський, В.М. Шевцова, В.І. Зенкіна та ін.; за заг. ред О.П. Яворовського. – К.: ВСВ “Медицина”, 2015. – 288 с.

4.1.3. Безпека життєдіяльності, основи охорони праці: Навчально-методичний посібник/ упор.: О.П. Яворовський, В.М. Шевцова, Г.А. Шкурко

та ін.- Черкаси: видавець Чабаненко Ю.А., 2012. – 232 с.

4.1.4. Гігієна праці: Підручник /Ю.І. Кундієв, О.П. Яворовський, А.М. Шевченко та ін.; за ред. акад. НАН України, НАМН України, проф. Ю.І. Кундієва, чл-кор. НАМН України проф. О.П.Яворовського.- К.: ВСВ “Медицина”, 2011.- 904с.

4.2. Дополнительная:

4.2.1. Наказ МОЗ України “Про введення оперативного контролю за станом охорони праці в установах, закладах та на підприємствах системи МОЗ України” № 444 від 01.11.2001.

4.2.2. “Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу”, затверджена наказом МОЗ України № 248 від 08.04.2014.

4.2.3. НаказДержнаглядохоронпраці України № 15 від 26.01.05 “Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці”.

4.2.4. НаказДержнаглядохоронпраці України № 15 від 26.01.05 “Перелік робіт з підвищеною безпекою”.

4.2.5. НаказДержнагляд охоронпраці України № 255 від 15.11.04 “Типове положення про службу охорони праці”.

4.2.6. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України № 260 від 08.06.01 “Про затвердження форми трудового договору між працівниками і фізичною особою та порядку реєстрації трудового договору між працівниками і фізичною особою”.

4.2.7. Наказ МОЗ України №614 від 13.12.2004 “Про затвердження Порядку складання та вимоги до санітарно-гігієнічних характеристик умов праці”.

4.2.8. Наказ МОЗ України №246 від 21.05.2007 року “Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій”.

4.2.9. Постанова Кабінету Міністрів України “Порядок розслідування

та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві” № 1232 від 30 листопада 2011 року.

4.2.10. Гігієна та охорона праці медичних працівників. Навчальний посібник/За ред. В.Ф. Москаленка, О.П. Яворовського. – К.: “Медицина”, 2009. – С.6-56.

5. Теоретический и практический материал

Основные законодательные акты по охране труда. Обеспечение безвредных и безопасных условий труда

Конституция Украины от 28 июня в 1996г. с изменениями и дополнениями. Основным законом, который гарантирует право граждан на надлежащие, безопасные и безвредные условия труда, является Конституция Украины. В ней провозглашено, что граждане Украины имеют право на труд, который они свободно выбирают или на которую соглашаются.

Работодатель (владелец предприятия) обязан обеспечить работникам безопасные и безвредные условия труда в соответствии с требованиями безопасности и гигиены труда.

Государство создает условия для полной занятости работоспособного населения, одинаковые возможности для граждан в выборе профессии и рода трудовой деятельности, внедряет программы профессионально-технической учебы, подготовки и переподготовки рабочих.

Реализация этих прав осуществляется через выполнение требований, изложенных в законодательных актах относительно охраны труда, а именно:

- Кодексе законов Украины о труде;
- Законе Украины «Об охране труда»;
- Законе Украины «Об всеобщем государственном социальном страховании от несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, которые повлекли потерю работоспособности»;
- Законе Украины «О пожарной безопасности»;

- Основах законодательства Украины о здравоохранении;
- Законе Украины «Об обеспечении санитарном и эпидемиологическом благополучии населения»;
- Законе Украины «Об охране окружающей естественной среды»;
- Законе Украины «Об использовании ядерной энергии и радиационной безопасности»;
- Законе Украины «Об обращении с радиоактивными отходами»;
- Законе Украины «О дорожном движении»;
- Законе Украины «О коллективных договорах и соглашениях».

Коллективный и трудовой договоры как отображения законодательства по охране труда. Переход Украины к рыночной экономике, использования разных форм собственности нуждаются в создании механизма социальной защиты прав и интересов работников. Коллективный договор как одна из важных форм демократического самоуправления способствует определению взаимоотношений владельца или уполномоченного им органа с трудовым коллективом.

Коллективный договор - это письменное нормативное соглашение между владельцем или уполномоченным им органом и трудовым коллективом, от имени которого выступает профсоюзный комитет или другой уполномоченный трудовым коллективом орган. Этим соглашением определяются взаимные обязательства сторон в отрасли трудовых и социально-экономических отношений, правовым значением коллективные договоры могут быть двух видов:

- 1) коллективный договор предприятия, учреждения, организации;
- 2) коллективный договор структурного подразделения предприятия в пределах его компетенции.

Коллективный договор (соглашение) является одним из важнейших официальных документов, которые существуют в системе нормативной регуляции взаимоотношений между работодателем (владельцем) и исполнителями (работниками) из пакета первоочередных социальных

вопросов, в том числе по вопросам обеспечения оптимальных условий осуществления трудовой деятельности, безопасности жизнедеятельности и охраны труда. В условиях лечебно-профилактических учреждений такой договор составляется между коллективом больницы как исполнителем и администрацией (главным врачом) как работодателем. Это вытекает из требований Законов Украины «Об охране труда» и «О коллективных договорах и соглашениях», которыми предусмотрено, что осуществление комплексных мероприятий по организации безопасных и безвредных условий труда определяется установлением определенных обязанностей сторон, а их реализация обеспечивается, прежде всего с помощью коллективного договора (соглашения).

Коллективный договор будет реальным и действующим, если двусторонние обязательства проработаны качественно, с учетом всех положений действующего законодательства. В большинстве организаций медицинской отрасли интересы коллектива (исполнителя) представляет профсоюзный комитет, а интересы администрации (работодателя) — ректоры, генеральные директора, главные врачи и т.п.

Как правило, договоры содержат минимальные, однако обязательные к выполнению письменные обязательства, которые в первую очередь касаются гарантий, льгот и компенсаций. Однако минимизация обязательств не может быть ниже определенного уровня, который предусмотрен или действующим законодательством, или отраслевыми стандартами. Вместе с тем при наличии на предприятии (в лечебно-профилактическом учреждении) предпосылок к созданию лучших экономических возможностей нормативные льготы и компенсации могут применяться в больших размерах. В таком случае, например, можно предусмотреть предоставление работникам дополнительных отпусков, средств на оздоровление, дополнительной спецодежды, создание оздоровительных комплексов, создание комнат гигиены женщины, сокращения длительности рабочего дня и т.п.

Составлению коллективного договора должна предшествовать соответствующая подготовительная работа, которую следует начинать не позже чем за 3 мес. к окончанию срока действия предыдущего договора. Во время ее выполнения:

- изучаются пожелания структурных подразделений (отделений больниц, кафедр учебных учреждений и т.п.) относительно нового коллективного договора; анализируются результаты аттестации рабочих мест, данные относительно случаев производственного травматизма и других производственных неурядиц;

- изучаются сведения о состоянии здоровья работников (данные относительно количества обращений за медицинской помощью, результаты медицинских осмотров);

- обобщаются замечания, предписания и акты проверок отдельных подразделов предприятий контролирующими органами (пожарная инспекция, экологическая инспекция, инспекция по охране труда, автомобильная инспекция и др.);

- проводятся предыдущие итоги выполнения договора текущего года;

- проводятся согласования отдельных пунктов и разделов договора;

- определяется ориентировочный размер средств, которые необходимы для полноценной реализации расходных мероприятий договора.

По содержанию коллективный договор должен отвечать общепринятой обязательной форме и действующему законодательству. Подтверждением этого являются соответствующие методические рекомендации относительно заключения, разработанные Министерством труда и социальной политики Украины и Советом Федерации независимых профсоюзов Украины.

Следовательно, рассмотрим структуру и содержание коллективного договора.

1. **Общие положения.** Формулируется основная цель договора, определяются уполномоченные лица, которые должны подписать коллективный договор, устанавливаются срок его действия и круг работников, на которых распространяется действие договора.

2. **Общие обязанности сторон.** Приводится перечень основных обязательств администрации, направленных на обеспечение высокой эффективности трудовой деятельности, создания безопасных условий труда и быта сотрудников и членов их семей, а также определяется перечень неотложных обязанностей исполнителей относительно строгого соблюдения производственной дисциплины и требований охраны труда, излагаются обязанности профсоюзного комитета как выразителя интересов коллектива.

3. **Трудовой договор.** Его содержание изложено ниже.

4. **Занятость.** Предусматривается право на информирование о рабочих местах, возможных изменения при ликвидации предприятия (учреждения).

5. **Рабочее время и час отдыха.** Определяется длительность рабочего времени и возможны ограничения для отдельных специалистов (в медицинской отрасли — рентгенологов, радиологов и т.п.), а также длительность рабочей недели, излагается перечень льгот для лиц, которые работают в ночное изменение, в выходные и праздничные дни, соглашаются изменения ежегодных отпусков и возможности их увеличения.

6. **Повышение квалификации, переподготовка и переобучение.** Приводится численность работников, которые подлежат повышению квалификации, определяются дополнительные льготы и компенсации для этой категории сотрудников и прежде всего для тех, кто овладевает смежной профессией, которая необходима для этого учреждения.

7. **Охрана труда.** Этот раздел, который является одним из самых весомых и финансово расходных, предусматривает:

— получение информации по вопросам условий труда и, следовательно, предопределяет право работников на получение достоверной информации о состоянии условий труда на конкретном рабочем месте и возможны негативные последствия их влияния на состояние здоровья;

— создание безвредных и безопасных условий труда на основании определения обязанностей администрации (работодателя) относительно осуществления мероприятий, направленных на обеспечение безвредных и безопасных условий труда, снижения негативного влияния опасных и вредных производственных факторов на работоспособность и здоровье работников;

— установление сроков проведения аттестации рабочих мест и определения мероприятий по устранению негативного влияния конкретных физических, химических, биологических и других факторов производственной среды;

— определение обязанностей администрации относительно улучшения условий труда и быта женщин, несовершеннолетних, инвалидов и других категорий работников;

— установления льгот и компенсаций за неблагоприятные условия труда, утверждения перечня профессий и должностей, которым предоставляются льготы и компенсации (специальное питание, дополнительные отпуска, сокращен рабочий день, средства индивидуальной защиты), регламентирования порядка и форм компенсации в случае потери работниками здоровья и работоспособности или семьям погибших на производстве;

— поощрение и установление ответственности за состояние охраны труда, доплат и дополнительных льгот работникам за работу без нарушений требований охраны труда;

— внедрение общественного контроля по состоянию охраны труда, формулировки обязанностей профсоюзного комитета, комиссий по охране труда и уполномоченных трудовых коллективов относительно проверки

состояния условий труда и соблюдения норм и стандартов техники безопасности на каждом рабочем месте;

— реализацию ряда других мероприятий с учетом особенностей производственных условий в соответствующих структурах медицинской отрасли.

— Оплата труда. Устанавливается зависимость заработной платы от полученных результатов труда, определяются ее минимальные результаты, размеры и порядок премирования, доплаты за достигнутые показатели труда.

— Нормирование труда. Приводится перечень нормативов и стандартов, которые применяются (количество рентгенокопий, операций и т.п.), обуславливаются порядок и срок проверки и пересмотра норм труда по данным аттестации рабочих мест в случае внедрения нового оборудования.

— Жилищно-бытовые и социально-культурные условия. Определяется сумма средств для жилищно-бытового строительства, количество мест в оздоровительных учреждениях, наводится перечень работников, которые нуждаются в улучшении жилищных условий, рассматриваются вопросы относительно медицинского обеспечения (периодические медицинские осмотры, размеры расходов на содержание лечебно-оздоровительных учреждений: медицинская часть, медицинский пункт, профилактории, оздоровительные центры и т.п.).

Анализируются вопросы относительно организации общественного питания: обуславливается количество мест в столовых и буфетных, определяются проблемы относительно организации лечебно диетического и лечебно-профилактического питания, мероприятия, направленные на снижение стоимости питания, и т.п.

Предусматривается защита духовных интересов и культурных потребностей, определяются мероприятия по созданию условий для содержательного отдыха и досуга, занятий физической культурой и спортом, повышения общеобразовательного и культурного уровней работников, усовершенствования их экономических знаний. Этот раздел коллективного

договора может содержать другие договоренности, например относительно транспортного обеспечения, предоставления финансовой поддержки в частном строительстве или приобретении жилья и топлива и т.п.

— Дополнительные льготы. Устанавливается размер дополнительной одноразовой помощи в случае рождения ребенка, болезни или смерти работников, с целью оздоровления, поддержки пенсионеров, ветеранов и инвалидов.

— Участие работников в управлении предприятием. Указывается, что именно профсоюзный комитет является уполномоченным органом трудового коллектива, определяется численное представительство от общественных организаций в составе совета предприятия, приводится перечень руководящих и других должностей, на назначение которых нужно согласие профсоюзного комитета.

— Порядок подготовки, заключения и пересмотра коллективного договора. Определяется конкретный список членов комиссии с равномерным представительством от администрации (работодателя) и трудового коллектива (исполнителя), устанавливаются сроки его обсуждения в структурных подразделениях и принятия на общих собраниях, формулируются нормы действий сторон в случае появления разногласий и определяются права относительно обращения к третьим лицам (специалисты инспекции охраны труда, вышестоящие ведомственные инстанции и т.п.), предусматриваются возможности относительно изменений содержания отдельных разделов коллективного договора или его общего пересмотра, которые может инициировать каждая из сторон, что подписывает договор.

8. Порядок выполнения и контроль по реализации коллективного договора. Определяется список лиц, которые имеют полномочия контролеров от коллектива и администрации, а также срок отчетности сторон о выполнении коллективного договора на общих собраниях трудового коллектива, которое должно происходить не менее 2 раза в год.

9. Обеспечение правовых гарантий профсоюзного комитета и общественных активистов. Подчеркиваются права профсоюзного комитета в сферах, определенных коллективным договором, и устанавливается порядок выполнения администрацией ее полномочий относительно отдельных форм осуществления контроля за содержанием коллективного договора, очерчиваются права профсоюзного комитета относительно информирования коллектива.

10. Заключительные положения. Отмечаются фамилии и должности лиц, которые подписывают коллективный договор, приводятся номер и дата протокола общих собраний (конференции), на которых одобрен настоящий документ.

Следует также взвесить на необходимость включение к коллективному договору ряда необходимых дополнений, к числу которых относят: смета расходов, тарифные ставки и должностные оклады, срок работ в тяжелых и вредных условиях труда, перечень должностей, на которых работникам предоставляется дополнительный отпуск за ненормируемый рабочий день, соглашение по охране труда администрации и профсоюзного комитета, перечень профессий и должностей, для которых предусмотрена выдача спецодежды, профилактического питания.

Основное требование коллективного договора заключается в том, что его условия могут лишь улучшать положение работников сравнительно с действующим законодательством, а такие, которые ухудшают условия труда, признаются законом недействительными (ст. 5 Закона Украины «Об охране труда»).

Важной спецификой трудового законодательства является определение сфер действия и распространения коллективного договора. Положения коллективного договора распространяются на всех работников независимо от того, есть ли они членами профсоюза, и обязательные как для владельца или уполномоченного им органу, так и для всех работников предприятия (ст. 9 Закона, ст. 18 КЗоТ). По сфере действия коллективный договор вступает в

силу со дня его подписания представителями сторон или со дня, отмеченного в коллективном договоре, и действует в течение всего периода, на который стороны заключили его (год, два или больше). Это определяется сторонами при заключении договора.

Трудовой договор является составной частью коллективного договора, который имеет определенную специфику. Если коллективный договор — это соглашение между коллективом и администрацией, то трудовой договор — это индивидуальное соглашение между отдельным исполнителем и работодателем. Необходимость заключения трудового договора предопределена спецификой тех или других видов работ и особенностями функциональных обязанностей конкретного исполнителя, которые, понятно, нельзя в полной мере отобразить в коллективном договоре (появление новых профессий, специальностей, принятия на работу молодых специалистов и тому подобное). Например: к лечебно-профилактическому учреждению поступил новый прибор (новое оборудование, работа с которым нуждается в исключительной специфике работы, — открытые радиоизотопы, лечебно-диагностический комплекс с использованием лазерного излучения и т.п.). Соответственно, работодатель должен заключить с исполнителем надлежащее трудовое соглашение.

В последнее время проводится принятие на работу за так называемым **контрактом**. Однако следует отметить, что контракт — это лишь разновидность трудового договора. Трудовой договор можно заключать как на определенный срок (несколько месяцев, 1 год, 5 лет и другие сроки), так и бессрочно.

Длительное время трудовой договор не имел единственную форму или образец, но во всех случаях складывался в письменной форме с последующим внесением дат составления и подписей исполнителя и работодателя. Однако в настоящее время согласно Приказу Министерства труда и социальной политики Украины «Об утверждении формы трудового договора между работниками и физическим лицом и порядка регистрации

трудового договора между работниками и физическим лицом» № 260 от 8 июня в 2001 г. определенно его единственную форму (доп. 12).

Рассматривая Порядок регистрации трудового договора между работником и физическим лицом, который зарегистрирован в Министерстве юстиции Украины № 554/745 от 27 июня в 2001 г., следует отметить, что сфера его действия распространяется на физические лица — субъектов предпринимательской деятельности без создания юридического лица с правом найма работницы и физических лиц, которые используют наемный труд, связанный с предоставлением услуг (повара, няни, водители и т.п.). Заключен в письменной форме трудовой договор между работником и физическим лицом должен быть подан на регистрацию в государственную службу занятости по месту жительства последней в недельный срок с момента фактического допущения работника к работе.

Права работников на охрану труда во время работы на предприятии, на льготы и компенсации за тяжелые и вредные условия труда

Закон Украины «Об охране труда» защищает социальные права работников. Он требует, чтобы при заключении трудового договора гражданин был проинформирован работодателем под расписку:

- об условиях труда на предприятии;
- о наличии на рабочем месте, где он будет работать, опасных и вредных производственных факторов, которые еще не устранены, и возможны последствия их влияния на здоровье;
- о его правах и льготах (лечебно-профилактическое питание, молоко или другие равноценные пищевые продукты, оплачиваемые перерывы санитарно-оздоровительного назначения, сокращена длительность рабочего дня, дополнительный оплачиваемый отпуск, льготная пенсия, оплата труда в повышенном размере и т.п.) в соответствии с законодательством и коллективным договором.

Условия трудового договора не могут содержать положения, которые не отвечают законам и другим нормативно правовым актам по охране труда.

Гражданину не может предлагаться работа, которая по медицинскому заключению и результатами психофизиологической экспертизы противопоказанная ему по состоянию здоровья.

Во время работы на предприятии работник имеет право отказаться от порученной работы, если возникла не предусмотренная трудовым договором производственная ситуация, опасная для него, окружение или окружающая среда.

За период простоя из этих причин за работником сохраняется средний заработок.

Условия труда на рабочем месте, безопасность технологических процессов, работы машин, механизмов, оборудования и других средств производства, состояние средств коллективной и индивидуальной защиты, а также санитарно бытовые условия должны отвечать требованиям нормативно правовых актов по охране труда.

Работник имеет право разорвать трудовой договор по собственному желанию, если владелец не придерживается законодательства об охране труда. В этом случае работнику выплачивается выходное пособие в размере, предусмотренном коллективным договором, но не меньше, чем трехмесячный заработок.

Организация защиты работников от влияния неблагоприятных факторов в современном производстве

Современная система мероприятий, направленных на предотвращение негативного влияния производственных факторов на организм человека, предусматривает проведение гигиенического нормирования, внедрения технологических, санитарно-технических, архитектурно планировочных, организационных и лечебно-профилактических мероприятий, а также использования индивидуальных средств защиты.

Гигиеническое нормирование — это разработка и научное обоснование определенных гигиенических стандартов, регламентов, санитарных правил и норм относительно влияния на организм человека разных факторов

производственной среды, которые обеспечивают осуществление производительной и безопасной трудовой деятельности в безвредных условиях.

Технологические мероприятия направлены на уменьшение степени влияния и даже полное исключение из трудового процесса того или другого вредного фактора за счет коренного изменения технологии производства. К мероприятиям подобного содержания следует отнести: внедрение безотходных технологий и технологий замкнутого цикла, автоматизацию и механизацию производственных процессов, внедрения дистанционного управления трудовым процессом и т.п.

Санитарно-технические мероприятия обеспечивают снижение уровня влияния вредного фактора за счет использования специальных технических устройств. К таким мероприятиям принадлежат: герметизация рабочих зон, применения пыле- и шумонепроницаемых тулупов, налаживания мощной общей приточно-вытяжной или местной вытяжной вентиляции (вытяжные шкафы, тулупы, зонты), а также использования специальных (например, акустических) экранов.

Архитектурно планировочные мероприятия создают предпосылки для снижения степени влияния вредного фактора благодаря применению рациональных планировочных решений во время строительства и в ходе эксплуатации предприятий: соблюдение принципа функционального зонирования, локализация объектов, которые генерируют шум и вибрацию, борьба со структурными шумами и вибрацией путем использования материалов с повышенной виброизоляцией и вибропоглощением, устраивание специальных «плавающих фундаментов», озеленения территории промышленного предприятия и т.п.

Организационные мероприятия предусматривают организацию рационального режима труда и отдыха, который в полной мере отвечает физиолого-гигиеническим нормативам, ограничение времени контакта работника с вредными веществами, повсеместное проведение

профессиональной консультации и профессионального отбора, а также недопущение на вредные предприятия подростков и женщин.

Средства индивидуальной защиты, которые дают возможность существенно уменьшить уровень влияния вредных веществ на отдельные органы и системы, принято разделять на такие группы:

- спецодежда и спецобувь;
- средства защиты рук — средства механической защиты (рукавицы);
- защитно-профилактические средства (пасти, мази) и очистители кожи (мыло, синтетические моющие средства);
- средства индивидуальной защиты органов дыхания — фильтровальные и изолирующие респираторы и противогазы, изолирующие шланговые и автономные дыхательные аппараты, детские и промышленные противогазы;

К числу основных лечебно-профилактических мероприятий следует отнести:

- проведение профилактических медицинских осмотров;
- организацию лечебно-профилактического питания работников;
- организацию санаторно-курортного лечения (санатории, профилактории, пансионаты, базы отдыха);

внедрение профилактических мероприятий оздоровительного направления (производственная гимнастика, тренажерные приспособления, ультрафиолетовое облучение, витаминотерапия, психологическая разгрузка).

Однако определяющее место в системе мероприятий, направленных на предотвращение возникновения профессиональных заболеваний и здравоохранение работников в целом, в структуре лечебно-профилактических мероприятий бесспорно принадлежит проведению **медицинских осмотров работников** определенных категорий, поскольку их целью является своевременное выявление заболеваний или нарушений в организме, которые угрожают здоровью работника и его окружения в конкретных условиях осуществления профессиональной деятельности. По

своему характеру различают предупредительные и периодические медицинские осмотры.

Предупредительные медицинские осмотры проводят во время принятия на работу для установления физической, психофизиологической и психологической пригодности лиц к работе за конкретно избранными профессией, специальностью или должностью.

Периодические медицинские осмотры проводят в течение времени выполнения работником трудовых обязанностей; они обеспечивают динамическое наблюдение по состоянию здоровья работников, выявления ранних признаков влияния производственных условий и вредных факторов на организм, а также заболеваний, которые делают невозможным продолжение работы за определенной профессией, предотвращают возникновение несчастных случаев, распространение инфекционных и паразитарных заболеваний и т.п.

Результаты предупредительных и периодических медицинских осмотров и выводы о состоянии здоровья заносят в специальную «Карту лица, которое подлежит медицинскому осмотру», что должна сохраняться в лечебно-профилактическом учреждении, которое организует проведение медицинских осмотров.

В случае перехода работника на другое предприятие карта посылается в лечебно-профилактическое учреждение, которое обслуживает работников этого предприятия.

Администрация (работодатель) учреждения, предприятия или учреждения вместе с профсоюзным комитетом определяет контингент лиц, которые подлежат периодическим медицинским осмотрам, составляет поименный список в двух экземплярах, (один экземпляр списка направляется в лечебно-профилактическое учреждение, второй остается на предприятии), направляет лица, которых принимают на предприятие или которые меняют профессию и место работы, на предупредительный медицинский осмотр, знакомит лицо, которого принимают на работу, со свойствами для

конкретной профессии вредными и опасными производственными факторами и веществами, с нормативными актами, которые касаются охраны труда, выдает приказ о проведении медицинских осмотров в сроки, согласованные с лечебно-профилактическими учреждениями, определяет ответственных за организацию медицинских осмотров, выделяет помещение для его проведения.

Лечебно-профилактическое учреждение ежегодно выдает приказ о создании комиссии для проведения медицинских осмотров с определением срока и места проведения, перечня специалистов-врачей, клинических и других исследований, разрабатывает и согласовывает с работодателем план-график проведения медицинских осмотров.

Согласно «Положению о порядке проведения медицинских осмотров работников определенных категорий», в случае их проведения следует оформлять соответствующие учетные документы, а именно: карту лица, которое подлежит медицинскому осмотру, с выводом предупредительного медицинского осмотра работников; заключительный акт по результатам периодического медосмотра работников; акт определения контингента лиц, которые подлежат периодическим осмотрам: список лиц, которые подлежат периодическому медицинскому осмотру; направление на предупредительный медосмотр работника; контрольную карту диспансерного наблюдения группы риска из развития профессиональной патологии, а также план диспансерного наблюдения и его выполнения.

Отчетность и информация о несчастных случаях, анализе их причин

Работодатель на основании актов форм Н-1 и НПВ подает по адресу соответствующих организаций государственную статистическую отчетность о потерпевших за формой, утвержденной Государственным комитетом статистики, и несет полную ответственность за ее достоверность.

Работодатель обязан проводить анализ причин несчастных случаев по итогам квартала, полугодия и года и разрабатывать и, главное, выполнять мероприятия по предотвращению подобных случаев в будущем.

Органы, к сфере управления которых принадлежат предприятия, а также местные государственные администрации, обязанные на основании актов формы Н-1 проводить анализ обстоятельств и причин несчастных случаев по итогам каждого полугодия и года в целом, сообщать его результаты предприятиям, которые принадлежат к сфере их управления, а также разрабатывать и выполнять мероприятия по предотвращению подобных случаев в будущем.

Органы государственного управления охраной труда, органы Государственного комитета по надзору по охране труда, исполнительная дирекция Фонда и ее рабочие органы, а также профсоюзы в пределах своей компетенции проверяют эффективность работы из предотвращения несчастных случаев.

Предприятия и органы, к сфере управления которых они принадлежат, а также рабочие органы исполнительной дирекции Фонда осуществляют учет всех несчастных случаев.

Государственный комитет по надзору за охраной труда, другие центральные органы исполнительной власти, местные государственные администрации проводят оперативный учет несчастных случаев, которые подлежат специальному расследованию.

Органы государственной пожарной охраны ведут учет лиц, которые пострадали во время пожаров, и рабочие органы исполнительной дирекции Фонда — учет лиц, которые пострадали в результате возникновения острых профессиональных заболеваний (отравлений).

Сбор статистических данных и разработка форм государственной статистической отчетности о лицах, которые пострадали от несчастных случаев на предприятиях, осуществляют органы государственной статистики.

Организация обучения по охране труда

Обучение и систематическое повышение уровня знаний работников, населения Украины по вопросам охраны труда — один из основных принципов государственной политики в отрасли охраны труда,

фундаментальная основа безопасности труда и необходимо условие охраны труда и предотвращения аварий и травматизма на производстве.

Закон Украины «Об охране труда» обязывает осуществлять учебу, профессиональную подготовку и повышение квалификации работников по вопросам охраны труда. Реализация государственной политики в отрасли охраны труда и, в частности, в ходе организации учебы из охраны труда также подтверждается содержанием ст. 18 упомянутого Закона, которая определяет, что:

— все работники при принятии на работу и в процессе ее осуществления проходят на предприятии инструктаж (учеба) по вопросам охраны труда, предоставления первой медицинской помощи потерпевшим от несчастных случаев и т.п.;

— работники, занятые на работах с повышенной опасностью или там, где есть потребность в профессиональном отборе, должны проходить предыдущую специальную учебу и один раз в год — проверку знаний соответствующих нормативных актов об охране труда; должностные лица согласно перечню Государственного комитета по надзору по охране труда к началу выполнения своих обязанностей и периодически (один раз в год) проходят в установленном порядке учебы, а также проверку знаний по охране труда в органах отраслевого или регионального управления охраны труда.

На выполнение Закона Украины «Об охране труда» Государственный комитет Украины по надзору за охраной труда Приказом «Об утверждении Типичного положения о порядке проведения учебы и проверки знаний по вопросам охраны труда и Перечня работ с повышенной опасностью» № 15 от 26 января в 2005 г. утверждал Типичное положение о порядке проведения учебы и проверки знаний по вопросам охраны труда, которое является обязательным для должностных лиц, специалистов, учеников, воспитанников и студентов и распространяется на все предприятия, учреждения и

организации, а также учебно-воспитательные учреждения независимо от форм собственности и видов их деятельности.

Учеба и инструктаж работников по вопросам охраны труда является составной частью системы управления охраной труда и проводится с учениками, воспитанниками и студентами учебно-воспитательных учреждений, а также с работниками в ходе осуществления их трудовой деятельности.

Работники в соответствии с Перечнем работ с повышенной опасностью, утвержденного Приказом Государственного комитета Украины по надзору за охраной труда № 123 от 30 ноября в 1993г., или если есть потребность в проведении профессионального отбора, проходят предыдущую специальную учебу и проверку знаний по вопросам охраны труда в сроки, установленные соответствующими отраслевыми нормативными актами об охране труда, но не реже одного раза в год.

Лица, которые занимаются индивидуальной трудовой деятельностью или совмещают профессии, учатся и инструктируются как по месту их основных профессий, так и по месту работы по совместительству.

Перед проверкой знаний из охраны труда на предприятии организуются занятия, лекции, семинары и консультации. Перечень вопросов для проверки знаний по охране труда с учетом специфики производства составляют члены комиссии по проверке знаний по вопросам охраны труда. Составленный перечень должен быть согласован со службой охраны труда и утвержден руководителем предприятия.

В составе **комиссии по проверке знаний по вопросам охраны труда** должны быть не менее трех лиц, которые в установленном порядке прошли учебу и проверку знаний по неотложным вопросам охраны труда.

Результаты проверки знаний работников по вопросам охраны труда оформляются протоколом. Лицам, которые во время проверки знаний по вопросам охраны труда показали удовлетворительные результаты, выдаются

специальные удостоверения. Допуск к работе лиц, которые не прошли учебу и проверку знаний по вопросам охраны труда, запрещается.

На предприятиях на основе Типичного положения с учетом специфики производства их руководителями разрабатываются и утверждаются соответствующие Положения об учебе, инструктаже и проверке знаний работников по вопросам охраны труда, формируются планы-графики проведения этой работы, с которыми должны быть ознакомлены все работники.

Ответственность за организацию учебы и проверку знаний по охране труда на предприятии полагается на его руководителя, а в структурных подразделениях (цех, участок, лаборатория, мастерская) — на руководителей этих подразделов. Контроль по учебе и обеспечению периодичности проверки знаний по вопросам охраны труда осуществляет служба охраны труда или работники, на которых возложены эти обязанности руководителем (правлением) предприятия.

Инструктаж по вопросам охраны труда проводят во время организации работы по охране труда как на предприятиях, так и в учебных учреждениях. По характеру и времени проведения инструктаж по вопросам охраны труда на предприятиях делят на несколько видов, а именно: на вступительный, первичный, повторный, внеплановый и целевой.

Вступительный инструктаж по вопросам охраны труда проводится:

— со всеми работниками, которые только что приняты на работу (постоянную или временную), независимо от уровня их образования, стажа работы за этой профессией и должности;

— с работниками, которые находятся в командировке на предприятии и принимают непосредственное участие в производственном процессе, с водителями транспортных средств, которые впервые въезжают на территорию предприятия;

— с учениками, воспитанниками и студентами, которые прибыли на предприятие для прохождения производственной практики.

Вступительный инструктаж проводит специалист по охране труда или лицо, на которого приказом по предприятию (решением правления) возложены эти обязанности. На больших предприятиях отдельные вопросы вступительного инструктажу могут освещать соответствующие специалисты.

Вступительный инструктаж проводится в кабинете охраны труда или в помещении, которое специально для этого оборудовано, с использованием современных технических средств учебы и наглядных пособий (плакаты, натурные экспонаты, макеты, модели, кинофильмы, диафильмы, видеофильмы и т.п.).

Вступительный инструктаж проводится по программе, которая разработана службой охраны труда с учетом особенностей производства и утверждается руководителем предприятия (производства). Ориентировочный перечень вопросов для составления программы вступительного инструктажа:

1. Общие сведения о предприятии, характерных особенностях производства.

2. Общие правила поведения работников на территории предприятия, в производственных и вспомогательных помещениях. Расположение основных цехов, служб вспомогательных помещений.

3. Основные положения Закона Украины «Об охране труда», КЗоТ и других нормативных актов об охране труда.

3.1. Трудовой договор, рабочее время и час отдыха. Охрана труда женщин и лиц младший 18 лет.

3.2. Правила внутреннего трудового распорядка предприятия, ответственность за нарушение этих правил.

3.3. Система управления охраны труда, государственный надзор и общественный контроль по охране труда на предприятии:

- обязанности владельца из охраны труда;
- обязанности работника относительно выполнения требований нормативных актов об охране труда;

- права работника из охраны труда при заключении трудового соглашения и во время работы на предприятии;
- ответственность работника за нарушение требований по охране труда;
- предыдущие и периодические медицинские осмотры;
- социальное страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний;
- учеба по вопросам охраны труда.

4. Основные опасные и вредные производственные факторы, характерные для этого производства, особенности их влияния на работников. Методы и средства предотвращения несчастных случаев и профессиональных заболеваний, средства индивидуальной и коллективной защиты, знаки безопасности и сигнализации. Порядок и нормы выдачи средств индивидуальной защиты.

5. Основные требования производственной санитарии и личной гигиены.

6. Обстоятельства и причины частных характерных несчастных случаев и аварий, которые произошли на предприятии и других аналогичных производствах через нарушение требований безопасности.

7. Порядок расследования и оформления несчастных случаев и профессиональных отравлений.

8. Пожарная безопасность. Способы и средства предотвращения пожаров, взрывов, аварий. Действия персонала при их возникновении. Действующие документы по вопросам пожарной безопасности. Производственные участки, какие наиболее опасные относительно возникновения пожары. Противопожарный режим. Общие объектные и цеховые инструкции о мерах пожарной безопасности. Способы применения первичных средств пожаротушения.

9. Первая помощь потерпевшим. Действия работников при возникновении несчастного случая на участке, в цехе.

Запись о проведении вступительном инструктаже осуществляется в специальном журнале, а также в документе о принятии работника на работу.

Первичный инструктаж проводится на рабочем месте к началу работы:

—с работником, новопринятым (постоянно или временно) на предприятие;

—с работником, который переводится с одного цеха производства до другого;

—с работником, который будет выполнять новую для него работу;

—с отправленным работником, который принимает непосредственное участие в производственном процессе на предприятии;

—со студентом (учеником и воспитанником), который прибыл на производственную практику.

Первичный инструктаж проводится индивидуально или с группой лиц специальной профессии по программе, составленной с учетом требований соответствующих инструкций по охране труда для работников, других нормативных актов об охране труда, технической документации и ориентировочного перечня вопросов первичного инструктажу. Программа содержит такие вопросы:

1. Общие сведения о технологическом процессе и оборудовании на рабочем месте, производственном участке, в цехе. Основные опасные и вредные производственные факторы, которые возникают при этом технологическом процессе, особенности их действия на работников.

2. Безопасная организация труда и содержание рабочего места.

3. Опасные зоны машин, механизмов, приборов. Средства безопасности оборудования (предупреждающие, тормозные устройства и ограждения, системы блокировки и сигнализации, знаки безопасности). Требования предотвращения электротравматизма.

4. Порядок подготовки к труду (проверка исправности оборудования, пусковых приборов, инструмента и приспособлений, блокировки, заземления и других средств защиты).

5. Безопасные приемы и методы работы, действия при возникновении опасной ситуации.
6. Средства индивидуальной защиты на рабочем месте и правила их использование.
7. Схема безопасного движения работников территорией цеха, участка.
8. Внутрицеховые транспортные и грузоподъемные средства и механизмы. Требования безопасности при грузо-разгрузочных работах и транспортировке груза.
9. Характерные причины аварий (взрывов, пожаров и т.п.), случаев производственного травматизма.
10. План ликвидации аварий, запасные выходы.
11. Средства предотвращения возможных аварий. Обязанности и действия работников при авариях. Способы применения существующих на участке средств пожаротушения, противоаварийной защиты и сигнализации, места их расположения.
12. Предоставление доврачебной помощи потерпевшим.
13. Требования безопасности при окончании работы.

Программа первичного инструктажу разрабатывается руководителем цеха, участка, согласовывается со службой охраны труда и утверждается руководителем предприятия или соответствующего структурного подразделения.

Все работники, в том числе выпускники профессиональных учебных учреждений, учебно-производственных (курсовых) комбинатов, после первичного инструктажу на рабочем месте должны в течение 2—15 изменений (в зависимости от характера производства и уровня квалификации специалиста) пройти стажировки под руководством опытных, квалифицированных специалистов, которые назначаются приказом (распоряжением) по предприятию (участку, производству).

Руководитель предприятия (цеха, участка, производства) имеет право своим приказом или распоряжением освободить от прохождения инструктажа работника, который имеет стаж работы за своей профессией не менее трех лет и переводится из одного цеха в другой, где характер его работы и тип оборудования, на котором он будет работать, не изменяются.

Повторный инструктаж проводится на рабочем месте со всеми работниками: на работах с повышенной опасностью — один раз в квартал, на других работах — один раз в полугодие.

Как правило, повторный инструктаж проводится индивидуально или с группой работников, которые выполняют однотипные работы, по программе первичного инструктажу в полном объеме.

Внеплановый инструктаж проводится с работниками на рабочем месте или в кабинете охраны труда:

- в случае введения в действие новых или пересмотренных нормативных актов об охране труда, а также при внесении изменений и дополнений в них;

- при изменении технологического процесса, модернизации оборудования, приборов и инструментов, исходного сырья, материалов и других факторов, которые влияют на охрану труда;

- в случае нарушения работником нормативных актов об охране труда, которые могут привести или привели к травмам, аварии или отравлению;

- по требованию работников органа Государственного комитета по надзору за охраной труда, высшей за рангом хозяйственной организации или государственной исполнительной власти в случае, если обнаружено незнание работником безопасных методов и приемов труда или нормативных актов об охране труда;

- в случае наличия перерыва в профессиональной деятельности работника сверх 30 календарных дней — для работ с повышенной опасностью, свыше 60 дней — для других видов работ.

Внеплановый инструктаж проводится индивидуально или с группой работников общей профессии. Объем и содержание инструктажа определяются в каждом частном случае в зависимости от причин и обстоятельств, которые повлекли необходимость его проведения.

Целевой инструктаж проводится с работником:

- в случае выполнения разовых работ, не связанных с непосредственными обязанностями по специальности;
- при ликвидации аварии или стихийного бедствия;
- во время проведения работ, на которые оформляют наряд-допуск, разрешение или другие подобные документы;
- в случае проведения экскурсий на предприятиях.

Целевой инструктаж фиксируется нарядом-допуском или другой документацией, что позволяет проведение работ.

Первичный, повторный, внеплановый и целевой инструктажи проводит непосредственно руководитель работ (начальник производства, цеха, участка, мастер, инструктор производственной учебы и т.п.). Причем их осуществление обязательно должно заканчиваться проверкой знаний путем устного опроса, с помощью технических средств учебы, а также на основании проверки приобретенных навыков безопасных методов ведения труда. Знание проверяет лицо, которое проводило инструктаж.

О проведении первичного, повторного, внепланового и целевого инструктажей лицо, которое проводило инструктаж, делает запись в журнале. При этом обязательными являются подписи как тех, кого инструктировали, так и того, кто инструктировал. Журналы инструктажей должны быть пронумерованы, прошнурованы и скрепленные печатью.

В случае необходимости первичный, повторный, внеплановый инструктажи можно проводить в установленном порядке на другом родственном по технологии предприятии, где необходимы для этого условия.

Руководитель предприятия при необходимости имеет право пригласить к себе для проведения инструктажей соответствующих специалистов

другого, родственного по технологии предприятия. Оформление инструктажей, стажировки и допуск к работе работника в таких случаях проводится в Журнале регистрации инструктажей по вопросам охраны труда предприятия.

Руководитель предприятия обязан выдать работнику экземпляр инструкции из охраны труда за его профессией или вывесить ее на его рабочем месте.

Перечень профессий и должностей работников, которые освобождаются от первичного, повторного и внепланового инструктажей, утверждается руководителем предприятия после согласования с государственным инспектором Государственного комитета по надзору за охраной труда. К этому перечню могут быть отнесены лица, деятельность которых не связана с обслуживанием оборудования, использованием определенного инструментария, сохранением сырья и материалов и т.п.

Обучение и проверка знаний по вопросам охраны труда работников службы охраны труда проводятся в установленном законодательством порядке во время принятия на работу и периодически один раз в три года.

Инструкции по охране труда — это нормативный акт, который содержит обязательные для соблюдения работниками требования из охраны труда при выполнении ими работ определенного вида или за определенной профессией на рабочих местах, в производственных помещениях, на территории предприятия или в других местах, где по поручению работодателя выполняются эти работы, трудовые или служебные обязанности.

Инструкции по охране труда делятся на:

- инструкции, которые принадлежат к государственным межотраслевым нормативным актам об охране труда;
- примерные инструкции;
- инструкции, которые действуют на предприятии.

Инструкции, которые принадлежат к государственным межотраслевым нормативным актам об охране труда, разрабатываются для персонала,

который проводит взрывные работы, обслуживает электрические установки и устройства, грузоподъемные машины и лифты, котельные установки, емкости, которые работают под давлением, и для других работников, правила безопасности труда которых установлены межотраслевыми нормативными актами об охране труда, утвержденными Государственным комитетом по надзору за охраной труда. Их соблюдение является обязательным для работников соответствующих профессий на всех предприятиях, в том числе для медицинских работников лечебно-профилактических учреждений, независимо от их подчиненности, формы собственности и вида деятельности.

Примерные инструкции утверждаются министерствами или производственными, научно-производственными и другими объединениями предприятий, которые имеют соответствующую компетенцию, по согласованию с Государственным комитетом по надзору по охране труда и Национальным НИИ охраны труда. Такие инструкции используются в качестве основа для разработки инструкций, которые действуют на предприятии. Последние же разрабатываются с учетом конкретных условий производства и требований безопасности, изложенных в эксплуатационной и ремонтной документации предприятий — изготовителей оборудования, которое используется на этом предприятии.

Инструкции, которые действуют на предприятии, разрабатываются (пересматриваются) руководителями работ (начальниками производства, цеха, участка, отдела и т.п.) и утверждаются работодателем. Служба охраны труда регистрирует в специальном журнале все инструкции, которые вводятся в действие на этом предприятии. Непосредственный руководитель работ выдает работникам на руки инструкции по охране труда (под расписку) во время проведения первичного инструктажа или вывешивает на их рабочих местах. Пересмотр инструкций, которые принадлежат к государственным межотраслевым нормативным актам об охране труда и примерных инструкций, проводится в меру потребности, но не реже одного раза в 10 лет, а инструкций, которые действуют на предприятии, — не реже одного раза в 5

лет, причем для профессий или видов работ с повышенной опасностью — не реже одного раза в 3 года.

Каждой инструкции по охране труда присваивают название и сокращено обозначение (код, порядковый номер). Она должна содержать такие разделы:

- общие положения;
- требования безопасности перед началом работы;
- требования безопасности во время выполнения работы;
- требования безопасности по окончании работы;
- требования безопасности в аварийных ситуациях.

Инструкции содержат лишь те требования относительно охраны труда, соблюдение которых обязательно самими работниками. Нарушение работником этих требований рассматривается как нарушение трудовой дисциплины. Контроль за соблюдением требований инструкций полагается на работодателя.

Тема 3

ГИГИЕНА И ФИЗИОЛОГИЯ ТРУДА, ЗНАЧЕНИЯ ДЛЯ СОЗДАНИЯ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА

1. Учебная цель:

1.1. Ознакомиться с современными принципами и критериями гигиенической оценки работы и ее классификации по степени тяжести и напряженности.

1.2. Научиться пользоваться методикой гигиенической оценки тяжести и напряженности работы с целью профилактики переутомления и повышения работоспособности.

1.3. Ознакомиться с методами и средствами определения наиболее распространенных производственных факторов, их влияния на организм и здоровье работающих, законодательными, организационными, техническими средствами охраны труда и профилактики профзаболеваний.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знать:

2.1.1. Современные принципы и критерии гигиенической оценки работы в лечебно-профилактических учреждениях.

2.1.2. Классификацию труда по степени тяжести и напряженности.

2.1.3. Законодательные, организационные и технические мероприятия охраны труда и профилактики профзаболеваний.

2.2. Уметь:

2.2.1. Использовать методы и средства для определения производственных факторов.

2.2.2. Определять влияние факторов производственной среды на организм и здоровье работающих.

3. Вопросы для самоподготовки:

3.1. Основная цель и задачи физиологии труда.

3.2. Виды трудовой деятельности, их физиолого-гигиеническая характеристика.

3.3. Физическая работа, ее тяжесть и интенсивность.

3.4. Умственный труд, его напряженность.

3.5. Физиологические изменения в организме работающего в процессе трудовой деятельности.

3.6. Усталость, утомление и переутомление, объяснение и научные обоснования их развития.

3.7. Исследование функционального состояния организма при умственной и физической работе. Эргономические и физиологические показатели при умственной и физической работе.

3.8. Гигиеническая оценка условий и характера труда на рабочих местах согласно Государственным санитарным нормам и правилам «гигиеническая классификация труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса».

3.9. Система профилактических мероприятий по рациональной организации трудового процесса. Психофизиологический профессиональный отбор.

4. Литература

Основная:

1. Гігієна праці: Підручник / Ю.І. Кундієв, О.П. Яворовський, А.М. Шевченко та ін.; за ред. акад. НАН України, НАМН України, проф. Ю.І. Кундієва, чл-кор. НАМН України проф. О.П. Яворовського. – К.: ВСВ “Медицина”, 2011. – 904 с.

2. Гігієна та охорона праці медичних працівників. Навчальний посібник / За ред. В.Ф. Москаленка, О.П. Яворовського. – К.: «Медицина», 2009. – 176 с.

3. Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу. ГН 3.3.5-3.3.8; 6.6.1-083-2001 р.

Дополнительная:

1. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 року // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – С. 217.

2. ДСН 3.3.6.037-99. Державні санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень.

3. ДСН 3.3.6.037-99. Державні санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку.

4. Державні санітарні норми загальної та локальної вібрації.

5. Теоретический и практический материал

Физиология труда - специальный раздел гигиены труда (физиология), который изучает изменения функционального состояния организма человека под воздействием трудовой деятельности с целью разработки и обоснования физиологических мероприятий по оптимизации трудового процесса, что способствуют поддержке высокой работоспособности и сохранения здоровья человека.

Предмет изучения физиологии труда - жизнедеятельность организма человека в процессе труда.

Цель физиологии труда - оптимизация трудового процесса и условий труда соответственно физиологическим требованиям организма работника.

Физиология труда по определению одного из основоположников нового научного направления М.И. Виноградова (1969) «является дисциплиной в такой же мере теоретической, как и практической». В

контексте этого высказывания исследования в области физиологии труда развиваются за двумя направлениями. Во-первых, это изучение общих физиологических закономерностей в процессе трудовой деятельности и, во-вторых, изучения конкретных видов труда с целью рационализации (научной организации) трудового процесса.

Физиология труда при решении прикладных вопросов использует данные тех областей знаний, которые определяют общую организацию производства. Это связано с тем, что любое мероприятие физиологического характера может стать фактором повышения работоспособности человека и улучшения его функционального состояния только при правильном применении технологических, технических, организационных и других средств производства. (При этом должна учитываться и экономическая значимость результатов внедрения физиологических мероприятий в производственный процесс).

Задачи физиологии труда охватывают широкий круг вопросов, которые включают:

- изучение физиологических закономерностей разных видов труда;
- исследование физиологических механизмов динамики работоспособности (усталость) человека в производственных условиях;
- оценку тяжести и напряженности трудового процесса;
- разработку физиологических основ научной организации труда, а именно: оптимизацию рабочих движений, рабочей позы, организации рабочего места, ритма труда, режима труда и отдыха;
- конструирование оборудования, транспортных средств и др. с учетом психофизиологических и антропометрических параметров человека и др.

Виды трудовой деятельности в зависимости от характера труда:

- умственный и физический труд - умственный труд связан с преимущественно умственной деятельностью работника, а физический - с расходами его мышечной энергии;

- простой и сложный труд - простым трудом является неквалифицированный труд, в свою очередь сложный труд - это труд квалифицированного работника, который имеет профессию;
- репродуктивный творческий труд - репродуктивный труд отличается стандартностью трудовых функций, творческий имеет инновационный характер;
- конкретный и абстрактный труд - конкретный труд принадлежит конкретному работнику, который создает конкретный продукт; абстрактный труд - это материализован труд, используемый для определения меновой стоимости результатов труда;
- общественный и частный труд - при общественном труде люди работают друг на друга, изготавливая одни продукты, вместо этого получают другие; частный труд - это отделеный труд, который характеризуется независимостью товаропроизводителей;
- индивидуальный коллективный труд - индивидуальным трудом является труд отдельно взятого работника, коллективный труд - это труд подраздела, который работает на единственный результат;
- наемный труд и самонаем - при наемном труде человек нанимается по трудовому договору к работодателю для выполнения определенных трудовых функций; самонаем предусматривает ситуацию, когда сам владелец средств производства создает для себя рабочее место.

Физический труд - выполнение человеком энергетических функций в системе «человек - орудия труда» - требует значительной мышечной активности.

Физическая работа в зависимости от вида испытываемой физической нагрузки подразделяется на два вида: динамическую и статическую.

Динамическая работа связана с перемещением тела человека, его рук, ног, пальцев в пространстве.

Статическая - с такой нагрузкой на верхние конечности, мышцы корпуса и ног при содержании груза, при выполнении работы, стоя или сидя.

Динамическая физическая работа, при которой в процессе трудовой деятельности задействовано свыше $2/3$ мышц человека, называется общей, за участием в работе от $2/3$ до $1/3$ мышц человека (мышцы всего тела, ног, рук) - региональной, при локальной динамической физической работе задействовано менее $1/3$ мышц (набор текста на компьютере).

В зависимости от инструментального обеспечения физический труд бывает:

- ручной труд: достаточно редко встречается в наше время;
- механизирован труд связанная с высокой скоростью работы в сочетании с монотонностью движений, как следствие - быстрая утомляемость и снижение реакции;
- работа на конвейере: еще высшая скорость при однообразной работе, ограниченной по времени, в связи с большим нервным напряжением возникает усталость и риск нервного истощения;
- работа на автоматическом и полуавтоматическом производстве: работа периодическая, связанная с обслуживанием и контролем работы разных механизмов.

Физический труд характеризуется, прежде всего повышенной мускульной нагрузкой на опорно-двигательный аппарат и его функциональные системы - сердечно-сосудистую, нервно-мышечную, дыхательную и т.п. Физический труд развивает мышечную систему, стимулирует обменные процессы в организме, но в то же время может иметь негативные последствия, например заболевание опорно-двигательного аппарата, особенно в том случае, если он неправильно организован или является излишне интенсивным для организма.

В современных видах трудовой деятельности чисто физический труд встречается редко. Современная классификация труда выделяет формы труду, нуждаются в значительной мускульной активности; механизированы формы труда; труд на полуавтоматическом и автоматическом производстве;

труд на конвейере, труд, связанный с дистанционным управлением, и интеллектуальный (умственный) труд.

Жизнедеятельность человека связана с расходами энергии: чем интенсивнее деятельность, тем более расходы энергии. Да, при выполнении работы, которая требует значительной мышечной активности, энергетические расходы составляют 20-25 кДж в сутки и больше.

Механизированный труд требует меньших расходов энергии и мускульных нагрузок. Однако механизированный труд характеризуется большей скоростью и монотонностью движений человека. Монотонный труд приводит к быстрой утомляемости и снижению внимания.

Труд на конвейере характеризуется еще большей скоростью и однообразием движений. Человек, который работает на конвейере, выполняет одну или несколько операций; поскольку он работает в цепочке людей, которые выполняют другие операции, то время выполнения операций строго регламентировано. Это требует большого нервного напряжения и, в сочетании с высокой скоростью работы и ее однообразием, приводит к быстрому нервному истощению и усталости.

На полуавтоматическом и автоматическом производстве затраты энергии и напряженность труда меньше, чем на конвейерном. Работа заключается в периодическом обслуживании механизмов или выполнении простых операций - подаче обрабатываемого материала, включении или исключении механизмов.

Умственный труд - это работа с большими объемами информации и, как следствие, повышено нагрузка на органы чувства (в основном - зрения) и центральную нервную систему.

Для умственного труда классификация видов трудовой деятельности выглядит так:

- управленческий - работа с большими объемами информации, аналитическая работа и ответственность за принятое решение, что связано с психическими и эмоциональными перегрузками;

- операторский - постоянная высокая ответственность и эмоциональное перенапряжение;

- творческий - самая сложная разновидность умственного труда, связанная с наибольшим давлением на психику человека и нервно эмоциональными нагрузками;

- труд медиков и преподавателей, а также учеников - постоянно связанный с нагрузкой на основные психические функции, такие как память, внимание, способность противостоять стрессам.

Во всех видах умственного труда присутствует психическое и эмоциональное перенапряжение, что при длительном действии вызывает негативное влияние: ухудшаются внимание, память, функции восприятия окружающей среды. Самочувствие человека и, в конечном счете, его состояние здоровья в значительной мере зависят от правильной организации умственного труда и от параметров окружающей среды, в которой осуществляется умственная деятельность человека.

Также для умственного труда характерное снижение двигательной активности - гипокинезия. Гипокинезия может быть условием формирования сердечно-сосудистых нарушений у человека.

Труд учеников характеризуется напряжением основных психических функций - памяти, внимания, наличием стрессовых ситуаций, связанных с контрольными работами, экзаменами, зачетами.

Наиболее сложная форма умственной деятельности - творческий труд (труд научных работников, конструкторов, писателей, композиторов, художников). Творческий труд требует значительного нервно эмоционального напряжения, которое приводит к повышению кровяного давления, изменения сердечной деятельности, увеличения потребления кислорода, повышения температуры тела и других изменений в работе организма, вызванных повышенной нервно эмоциональной нагрузкой.

Ведущим физиологическим критерием состояния организма является потребление кислорода.

Количество кислорода, употребленного человеком натошак в состоянии мускульного покоя, лежа, является показателем обмена, необходимого для поддержки жизненно важных функций организма в покое, а именно основного обмена. Основной обмен человека характеризуется потреблением кислорода в пределах 200-300 мл/мин. из энергетической затратой приблизительно 1-1,2 ккал/мин., а при тяжелой физической работе потребления кислорода растет до 3-4 л/мин.

Повышено потребление кислорода при работе необходимо для окисления продуктов распада углеводов в аэробной фазе (молочной кислоты), жиров, а также для ресинтеза азотсодержащих веществ в анаэробной фазе. Потребность организма в кислороде тем более, чем более напряженными работа. В определенных пределах существует линейная зависимость между весом выполняемой работы и потреблением кислорода. Это соответствие обеспечивается усилением работы сердечно-сосудистой системы и увеличением коэффициента диффузии кислорода через ткань легких. Коэффициент диффузии увеличивается от 50 при работе мощностью 450 кг/мин. до 61 при работе мощностью 1590 кг/мин.

Количество кислорода в минуту, необходимое для полного окисления продуктов распада, носит название кислородный запрос, максимальное же количество кислорода, которое организм может получить в минуту, - кислородный максимум.

Обычно кислородный максимум при выполнении физической работы у нетренированных людей составляет около 3 л/мин., а в тренированных может достигать 4-5 л/мин.

Кривая потребления кислорода в начале динамической работы растет и только через 2-3 минуты устанавливается на определенном уровне, который потом содержится длительное время (стойкое состояние). Сущность такого хода кривой в том, что сначала работа проводится при неполном удовлетворении кислородного запроса и вследствие этого, - при нарастающем кислородном недостатке, так как энергетические процессы в

мышце при сокращении ее происходят мгновенно, а доставка кислорода в результате инертности сердечно-сосудистой и дыхательной систем - медленно. И только тогда, когда доставка кислорода отвечает полностью кислородным потребностям, наступает стойкое состояние потребления кислорода.

Кислородный долг, который образовался в начале работы, полностью исчезает уже после прекращения работы, в период возобновления. Такая динамика потребления кислорода при работе легкой и средней тяжести. При тяжелой работе потребления кислорода все время растет вплоть до достижения кислородного максимума. Если кислородный запрос при работе превышает кислородный максимум, то наступает так называемое ошибочное стойкое состояние; при этом потребление кислорода отображает лишь кислородный максимум, а не настоящую потребность в кислороде. Восстановительный период при этом значительно продлевается.

Таким образом, по уровню потребления кислорода в связи с работой можно судить о тяжести выполняемой работы. Постоянное состояние потребления кислорода во время работы может указывать на то, что кислородный запрос полностью удовлетворяется, что накопление молочной кислоты в мышцах и крови не происходит, что она успевает ресинтезироваться в гликоген. Отсутствие же стойкого состояния и роста потребления кислорода во время работы свидетельствуют о тяжести работы, о накоплении молочной кислоты, которая требует кислорода для своего ресинтеза. Еще более тяжелая работа характеризуется порочным стойким состоянием.

Длительность периода возобновления потребления кислорода также указывает на больший или более малый вес работы. При легкой работе кислородная задолженность небольшая. Новообразованная молочная кислота в большей своей части успевает ресинтезироваться в мышцах в гликоген во время работы, длительность восстановительного периода не превышает несколько минут. После тяжелой работы потребление кислорода падает

сначала быстро, а затем очень медленно, общая длительность восстановительного периода может достигать до 30 минут и больше.

Возобновление потребления кислорода не означает возобновления нарушенных функций организма в целом. Много функций организма, например состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем, дыхательный коэффициент, биохимические процессы и т.п., до этого времени еще не достигают исходного уровня.

Для анализа газообменных процессов определенный интерес могут представить изменения дыхательного коэффициента CO_2/O_2 (ДК).

При стойком состоянии потребления кислорода во время работы ДК может указывать на характер веществ, которые окисляются. При тяжелой работе ДК повышается до 1, что указывает на окисление углеводов. После работы ДК может быть больше 1, что объясняется нарушением кислотно-щелочного равновесия крови и повышением концентрации водородных ионов (рН): повышенное рН продолжает нарушать дыхательный центр и вследствие этого углекислота усиленно вымывается из крови при одновременном падении потребления кислорода. Относительно CO_2/O_2 числитель увеличивается, а знаменатель уменьшается.

В более поздней стадии возобновления ДК может быть ниже выходного доробочего показателя. Объясняется это тем, что в восстановительном периоде освобождаются щелочные резервы крови, и для поддержки нормальной рН задерживается углекислота.

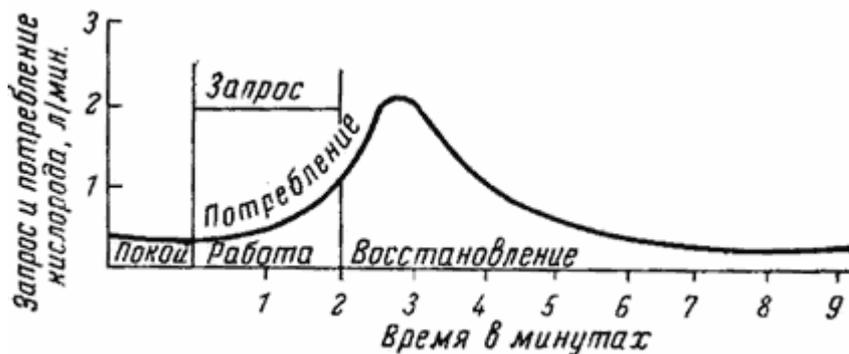
При статической работе потребления кислорода совсем другого рода. В трудовом процессе наиболее конкретным выражением статической работы является поддержка рабочей позы человека. Рабочая поза как состояние равновесия тела может осуществляться в порядке активного противодействия внешним силам; при этом возникает длительное титаническое напряжение мышц. Этот вид статической работы весьма не экономичен в иннервационном и энергетическом отношении. Рабочая же поза, при которой поддержка равновесия происходит путем приспособления к

направлению силы притяжения, значительно более экономна, так как при этом отмечается тоническое, а не титаническое напряжение мышца. В практике наблюдаются оба вида статической работы, нередко чередуют друг друга, но основное значение с точки зрения физиологии труда имеет статическая работа, которая сопровождается титаническим напряжением. Во время статического напряжения потребления кислорода гораздо меньше, чем кислородный запрос. Мышца работает почти в анаэробных условиях. В период, непосредственно следующий за работой, потребление кислорода резко растет, а затем постепенно падает (феномен Лингарда), причем период возобновления может быть длительным, так почти вся потребность в кислороде удовлетворяется после работы. Лингард дал следующее объяснение открытого им феномену. При титаническом «сокращении» мышцы в результате сжатия сосудов создается механическое препятствие кровотоку и тем самым доставку кислорода и оттоку продуктов распада - молочной кислоты. Статическая работа анаэробная, следовательно, характерный прыжок в сторону повышения потребления кислорода после работы обусловлен потребностью окисления продуктов распада, которые образовались при работе.

Это объяснение не исчерпывается. На основании учения Н.Е. Веденского, низкое потребление кислорода при статической работе может быть обусловлено не столько механическим фактором, сколько снижением обмена в результате прессорно-рефлекторных влияний, механизм которых заключается в следующем. В результате статического напряжения (непрерывные импульсы из мышц) определены клетки коры головного мозга приходят в состояние сильного длительного возбуждения, которое приводит в конечном итоге к тормозным явлениям типа парабактериального блока. После прекращения статической работы (пессимальное состояние) наступает период экзальтации - повышенной возбудимости и как следствие - повышение обмена. Состояние повышенной возбудимости распространяется на дыхательный и сердечно-сосудистый центры. Описан вид статической

работы не энергоемкий, потребление кислорода, даже при очень значительном статическом напряжении, редко превышает 1 / мин., но усталость может наступать достаточно быстро, что объясняется изменениями, которые состоялись в центральной нервной

Другой вид статической работы - поддержка позы за счет тонического сокращения мышц - требует незначительных энергетических расходов и менее обременительный. Объясняется это характерными для тонической иннервации редкими и более-менее равномерными импульсами центральной нервной системы и особенностями самой сократительной реакции, редкими и слабыми импульсами, тянучестью и слитностью импульсации, стойкостью эффекта. Примером может служить привычное состояние человека, стоя.



Возобновление потребления кислорода еще не означает возобновления всех функций организма. Напротив, другие функции, которые зависят от состояния сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, еще немало времени не достигают своего исходного уровня.

Вредные производственные факторы

1. Физические факторы:

- температура, влажность, скорость движения воздуха, инфракрасное излучение;
- барометрическое давление;
- неионизирующие электромагнитные излучения;
- ионизирующие излучение;
- производственный шум, ультразвук, инфразвук;
- вибрация (локальная, общая);

- освещение естественно (отсутствие или недостаточность), искусственно

- (недостаточная освещенность, прямой и отраженный, ослепительный блеск);

- ионизация воздуха

2. Химические факторы:

- вещества химического происхождения
- некоторые вещества биологической природы, полученные химическим синтезом и / или для контроля которых используют методы химического анализа.

3. Биологические факторы:

- микроорганизмы-продуценты
- живые клетки и споры, которые содержатся в препаратах
- патогенные микроорганизмы

4. Факторы трудового процесса:

Тяжесть труда - характеристика трудового процесса, который отображает уровень общих энергозатрат, подавляющая нагрузка на опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистую, дыхательную и другие системы.

Тяжесть труда характеризуется физической динамической нагрузкой, массой груза, который поднимается, общим числом стереотипных рабочих движений, величиной статической нагрузки, рабочей позой, перемещением в пространстве.

Напряженность труда - характеристика трудового процесса, который отображает нагрузку преимущественно на центральную нервную систему, органы чувств, эмоциональную сферу работника.

К показателям, которые характеризуют напряженность труда, относятся: интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки, степень монотонности нагрузок, режим работы.

Работоспособность. Под работоспособностью понимается функциональная способность человека выполнять максимально возможное количество работы в течение заданного времени и при интенсивном напряжении организма. Работоспособность человека зависит от уровня его тренированности, степени усвоения рабочих навыков и опыта работающего, его физического, физиологического и психологического состояний, здоровья и других факторов.

В течение рабочей смены, недели, месяца работоспособность изменяется в широких пределах. Это связано с влиянием как внешних, так и внутренних факторов.

Среди внешних факторов ведущее значение имеют условия окружающей среды, интенсивность факторов трудовой деятельности, степень рациональной организации производственного процесса. С внутренних факторов выделяют такие, как мотивация и эмоциональная сторона труда, уровень функциональной активности в момент работы, величина физической подготовленности человека и психофизиологической адаптации к труду, особенности его личности и др.

Работоспособность оценивается разными показателями, в частности, результатом самого труда по производительности, эффективности, скорости работы, экспертной денежной оценке профессиональной деятельности, а также по показателям, которые отображают функциональное состояние человека. Работоспособность в процессе трудовой деятельности имеет несколько фаз или состояний, которые чередуют друг друга (рис. 3.1).

Нарастающий период работоспособности. Эта фаза отображает свойство отдельных функциональных систем и организма в целом повышать ровные функционирования в начале работы соответственно за ее характером и интенсивностью. Для нее характерное наличие периода мобилизации функциональных систем, от деятельности которых зависит успешность выполнения трудового задания: повышается уровень обменных процессов, увеличивается мускульный тонус, усиливается деятельность сердечно-

сосудистой системы, повышается активность ЦНС, происходит усиление внимания, начинают доминировать мотивы трудовой деятельности. У опытных и тренированных лиц этот период обычно очень короток или отсутствует.

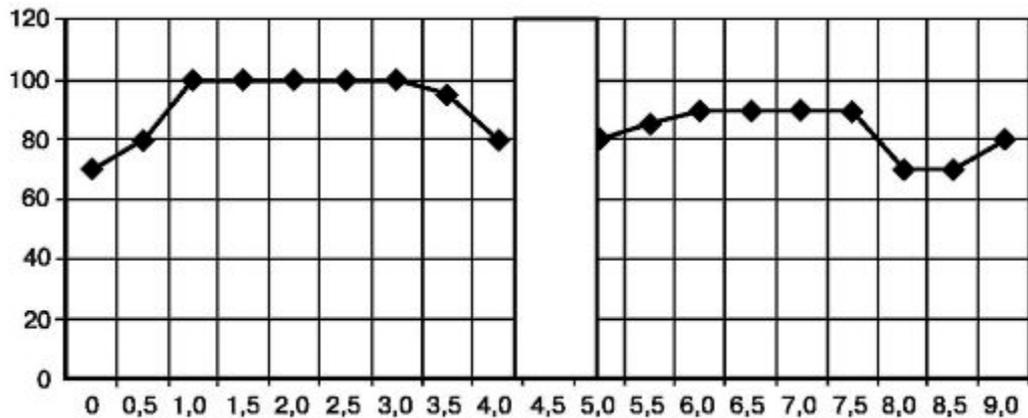


Рис. 3.1. Динамика работоспособности: 1 - фаза вработываемости; 2 - фаза стойкой работоспособности; 3 - фаза снижения работоспособности. По оси ординат - работоспособность в условных единицах; по оси абсцисс - часы работы

Таким образом, в *фазу вработываемости*, уровень работоспособности постепенно нарастает по сравнению с выходным в начале работы. Характеризуется этот процесс повышением психофизиологических показателей и результатов самого труда. Длительность этой фазы зависит от интенсивности факторов трудового процесса и индивидуальных особенностей работника. Длится она от нескольких минут до 1,0-1,5 часа, а при умственном, творческом труде - до 2-2,5 часов.

Следующий период - *фаза высокой стойкости работоспособности* - определяется стабильной стойкой деятельностью при оптимальном адекватном энергетическом обеспечении. Рабочие реакции точны и такие, которые требуют ритм, наблюдается стойкая мобилизация внимания, памяти, а процессы восприятия и переработки информации находятся в точном соответствии с необходимым алгоритмом действий. Производительность

труда и его эффективность максимальные. Длительность этой фазы может колебаться от 2,0-2,5 часов и больше в зависимости от условий работы, степени тяжести и напряженности труда.

Период высокой стойкой работоспособности изменяет фаза снижения работоспособности, которая свидетельствует о развитии усталости в регулирующих звеньях ЦНС, увеличении времени протекания рефлексов, ухудшении энергетики организма. Несколько ослабевают концентрация и скорость переключения внимания, а состояние высших психических функций практически мало изменяется. Производительность труда и его эффективность могут сохраняться на высоком уровне, но могут и снизиться, проявляясь ошибочными реакциями, лишними движениями, замедлением производственных операций и скорости решения заданий.

Фазная динамика изменения работоспособности характерна как для первой половины рабочего дня (то есть к обеду), так и для второй - после обеденного перерыва до конца изменения (рис. 3.1). Во второй половине рабочего дня фаза вработываемости короче по времени, фаза стойкой работоспособности немного ниже по уровню и менее длилась, а фаза снижения работоспособности наступает раньше и развивается быстрее по сравнению с первой половиной изменения. Иногда в конце изменения (за 20-30 минут до ее окончания) отмечается кратковременное повышение работоспособности, названное конечным порывом.

Представлена схема динамики работоспособности достаточно типичная, но возможны отклонения от нее, которые связаны с характером выполняемой работы, условиями населенности, рабочей позы, эргономичными особенностями рабочего места, режимом труда и отдыха. В связи с этим важным заданием физиологии труда является оптимизация трудового процесса, направленная на сохранение и продолжение фазы стойкой работоспособности и предупреждения развития усталости.

Усталость. Усталость - особенный вид функционального состояния человека, который временно возникает под воздействием работы и приводит к снижению работоспособности.

К настоящему времени нет еще полного ответа на вопрос о сущности и физиологических механизмах развития усталости. Были выделены разные варианты гуморально-локалистической концепции, суть которой сводится к таким моментам. Во-первых, причиной усталости является образование в процессе работы продукты обмена, прежде всего, молочная кислота. Во-вторых, точкой их приложения являются сами мышцы или мионевральные соединения. Эта концепция не принимала во внимание влияние координирующей роли ЦНС. В противовес таким представлением родилась центрально нервная теория развития усталости на основе работ И.М. Сеченова, И.П. Павлова, Н.Е. Введенского, А.А. Ухтомского, М.И. Виноградова, В.А. Левицкого и др. Ведущее место заняло направление, развитое школой Введенского-Ухтомского, которая подчеркивает роль центрального торможения и дискоординации рабочих процессов. Разрабатывая эти направления, М.И. Виноградов выделил два типа усталости:

а) усталость, что быстро наступает, обусловленное развитием центрального торможения;

б) усталость, что медленно наступает, в основе которого лежит общее затягивание физиологического интервала на ряду уровней двигательного аппарата.

В.А. Левицкий указывает, что усталость - это следствие «коллизий» между сознательно «волевыми» и «автономно-вегетативных» сферах». Как результат диффузного вегетативного рефлекса на нервные центры рассматривал возникновение усталости К.Х. Кекчеев.

В свете общей теории о функциональных системах П.К. Анохина, механизм усталости при мускульной работе был сформулирован Ю.В. Мойкиным следующим образом. При утомляющей работе начальные

функциональные изменения возникают в периферическом звене нервно-мышечного аппарата в виде снижения сократительной способности мышц. Потом, пройдя стадию компенсационной активации всех центральных структур нервно-мышечного аппарата, процесс завершается снижением интенсивности мускульной деятельности или прекращением ее в результате принятия решения высшим нервным звеном - акцептором результатов действий.

Концепция центрально пробковой теории развития усталости не исключает возможность взаимосвязи местных процессов, которые есть в мышцах (возбудимости, тонуса, упруго вязких свойств), с состоянием их кровоснабжения и трофических процессов (недостаток кислорода, истощения питательных веществ, накопления метаболитов и др.).

Кроме этого, трудовая деятельность сопровождается интенсивной работой сердечно-сосудистой, дыхательной и других нейрогуморальных и вегетативных систем, что может усиливать глубину сдвигов во внутренней среде организма. В результате усталости проявляется в уменьшении силы и выносливости мышц, ухудшении координации движений, росте расходов энергии при выполнении одной и той же работы, замедления скорости переработки информации, ухудшении памяти, процессов сосредоточения и переключения внимания и др. Таким образом, усталость является целостным процессом, который происходит в организме.

По своей биологической сущностью усталость является нормальной физиологической реакцией, которая исполняет определенную защитную роль в организме, поскольку охраняет его отдельные физиологические системы и органы от перегрузок и возможного развития повреждений. Установлен уровень развития усталости в конце рабочей деятельности даже является необходимым условием в процессе овладения трудовыми навыками начинающими работниками и для поддержки достигнутого уровня тренированности к выполнению трудовых нагрузок у работников, адаптированных к этой работе.

В реальной трудовой деятельности усталость может оказываться как в появлении его субъективных признаков - жалобы на усталость, так и объективных:

1) в снижении интенсивности (производительности, эффективности) труда работника при сохранении величины оптимального уровня рабочего напряжения его физиологических функций;

2) в увеличении степени рабочего напряжения физиологических функций при неизменных показателях количества и качества труда;

3) в некотором снижении количества или качества труда с одновременным увеличением степени рабочего напряжения физиологических функций.

В двух последних ситуациях усталости до конца работы будет глубже, и для возобновления функционального состояния наиболее напряженных в процессе работы физиологических функций и систем нужно отдых очень существенной длительности или повышенной эффективности.

В случае, если отдых оказывается недостаточным для полного возобновления работоспособности к началу следующего трудового периода, то рабочее напряжение физиологических функций значительно растет, и глубина развитого усталости будет больше, чем в предыдущий период. При продолжении работы в подобных условиях кумуляция усталости может привести к появлению признаков хронической усталости, которые не ликвидируются за обычный период отдыха (ежедневный и еженедельный). Последующее выполнение работы сопровождается перенапряжением физиологических функций и организма работника.

Перенапряжение следует рассматривать как неблагоприятное функциональное состояние между нормой и патологией, обусловленное влиянием излишне сильных раздражителей или хроническим действием стимулов, которое формируется при недостаточном отдыхе и оказывается застойным процессом возбуждения физиологических функций с расширением внутрисистемных процессов синхронизации и межсистемных интерактивных

взаимосвязей. Результат этого состояния в различных условиях своего развития не равнозначный: возвращение к нормальному состоянию здоровья или переход с развитием нового качества - болезни. Последующее продолжение деятельности без отдыха и активных мероприятий профилактики приводит к тому, что восстановительные процессы запускают имеющиеся физиологические резервы. Исчерпав последние, в условиях длящихся нагрузок происходит развитие состояния переутомления, которое сопровождается резким падением производительности и эффективности труда, а чаще - отказом от последующей работы. Сущность состояния переутомления заключается в проявлении разных предпатологических и патологических синдромов, которое сопровождается существенным нарушением ряда функций, резким снижением эффективности, качества деятельности и нормализует только в результате лечения и реабилитации. В зависимости от вида трудовых нагрузок эти синдромы разные в своем проявлении. Физические перегрузки приводят к развитию ряда форм профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервно-мышечной системы (миозиты, нейромиофасциты, тендовагиниты и др.). Не исключается, что интенсивные и длительные мускульные нагрузки влияют на развитие таких распространенных заболеваний дегенеративного характера, как деформирующий остеоартроз и остеохондроз. При интенсивном умственном труде, связанном с нервно-эмоциональными нагрузками, это может проявиться некоторыми формами общесоматической патологии: невротичные расстройства, вегето-сосудистая дистония, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др. Особенное значение при этом приобретают индивидуальная чувствительность и диагностика ранних, доклинических признаков заболевания.

Тема 4

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Учебная цель:

1.1. Научиться планировать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия по профессиональным, производственным обусловленным и внутрибольничным болезням.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знати:

2.1.1. Вредные и опасные факторы производственной среды медицинских работников.

2.1.2. Связь между состоянием здоровья работающих и влиянием вредных и опасных производственных факторов.

2.1.3. Требования законодательных и нормативных актов об охране труда медицинских работников.

2.2. Уметь:

2.2.1. Делать выводы о наличии на рабочем месте и влиянии вредных и опасных производственных факторов на организм медицинских работников.

2.2.2. Обосновывать проведение профилактических мероприятий в соответствии с основами действующего законодательства Украины.

3. Вопросы для самоподготовки:

3.1. Классификация труда медицинских работников.

3.2. Психофизиологические вредные и опасные факторы производственной среды и их влияние на состояние здоровья медицинских работников.

3.3. Физические вредные и опасные факторы производственной среды и их влияние на состояние здоровья медицинских работников.

3.4. Химические вредные и опасные факторы производственной среды и их влияние на состояние здоровья медицинских работников.

3.5. Биологические вредные и опасные факторы производственной среды и их влияние на состояние здоровья медицинских работников.

4. Литература

Основная:

1. Гігієна праці: Підручник / Ю.І. Кундієв, О.П. Яворовський, А.М. Шевченко та ін.; за ред. акад. НАН України, НАМН України, проф. Ю.І. Кундієва, чл-кор. НАМН України проф. О.П. Яворовського. – К.: ВСВ “Медицина”, 2011. – 904 с.

2. Гігієна та охорона праці медичних працівників. Навчальний посібник / За ред. В.Ф. Москаленка, О.П. Яворовського. – К.: «Медицина», 2009. – 176 с.

3. Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу. ГН 3.3.5-3.3.8; 6.6.1-083-2001 р.

Дополнительная:

1. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 року // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – С. 217.

2. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 року // Голос України. – 2000. – 16 травня.

3. ДСН 3.3.6.037-99. Державні санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень.

4. ДСН 3.3.6.037-99. Державні санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку.

5. Державні санітарні норми загальної та локальної вібрації.

5. Теоретический и практический материал

Система здравоохранения сегодня - это свыше трех миллионов работающих, тысяч лечебно-профилактических, аптечных, санитарно-эпидемиологических учреждений, десятки научно-исследовательских институтов, центров, высших и средних учебных заведений, в которых эксплуатируется разное оборудование, коммуникации, электроустановки, котельные, лифты, водопроводно-канализационное хозяйство, технологическое оборудование пищеблоков и прачечных, автотранспорта, сосудов, которые работают под давлением, разнообразной медицинской техники; применяются ядовитые вещества и агрессивные жидкости. Во вредных и неблагоприятных условиях труда (инфекционные, психиатрические, онкологические учреждения и отделения; радиологическая, рентгеновская, физиотерапевтическая, патологоанатомическая лабораторная службы; операционные, стерилизационные, отделение гиперболической оксигенации и др.) заняты сотни тысяч работников медицинских учреждений. В связи с этим проблема охраны и укрепления здоровья медицинских работников, формирования их отношения к собственному здоровью и мотивации на здоровый способ жизни является актуальной.

Труд медицинских работников сложно сравнивать с трудом других специалистов. Медики чувствуют большую интеллектуальную нагрузку, несут ответственность при жизни и здоровье других людей, ежедневно вступают контакт с большим разнообразием человеческих характеров, эта профессия требует срочного принятия решений, самодисциплины, умения хранить высокую работоспособность в экстремальных условиях, высокой стрессоустойчивости. Нередко лечебно-диагностические, реанимационные мероприятия, оперативные вмешательства проводятся в ночное время, которое значительно осложняет труд медицинского персонала.

Некоторые группы медицинских работников в процессе профессиональной деятельности могут поддаваться влиянию многих факторов, опасных для здоровья. Среди физических факторов, которые могут

существенно повлиять на состояние здоровья медицинского персонала, одно из первых мест занимает ионизирующее излучение. В нашей стране десятки тысяч медицинских работников профессионально связанные с влиянием этого фактора. В диагностических и лечебных манипуляциях под контролем рентгеновского излучения рядом с рентгенологами находятся хирурги, анестезиологи, травматологи, реаниматологи и средний медицинский персонал. Уровни облучения на рабочих местах этих специалистов, а также дозы рентгеновского излучения, какие они получают, в отдельных случаях превышают дозы, получаемые рентгенологами и лаборантами. Большого распространения в медицине получили приборы и оборудование, генерирующие неионизирующие излучение и ультразвук. Они широко применяются в физиотерапевтической практике, хирургии и офтальмологии при использовании лазеров, в процессе ультразвуковой диагностики у пациентов хирургических, гинекологических и акушерских отделений. Труд многих медицинских работников связан с напряжением зрения, потому соблюдение требований к освещению рабочих помещений и рабочих мест персонала является важным элементом рациональной организации труда. Соотношение общего и местного освещения играет большую роль в предупреждении усталости и исключения расстройств зрения, связанных с излишне ярким светом. Также для медперсонала достаточно высокий риск инфицирования вирусными гепатитами, ВИЧ инфекцией. Сестринский персонал чувствует большие интеллектуальные и психологические нагрузки, ежедневно сталкиваясь с разнообразием человеческих характеров, с проявлением боли, страданиями.

Основные профессиональные опасности

Основные профессиональные опасности могут быть по своей природе: химическими, физическими, биологическими, нервно эмоциональными и эргономичными. Способствуют возникновению заболеваний, повышена чувствительность организма работника, отсутствие или неэффективность средств индивидуальной защиты, контакт с инфицированными пациентами,

несовершенство инструментария и оборудования. Медицинский персонал поддается действию множества физических факторов, к которым относятся (вибрация, шум, ультразвук, электромагнитное и ультрафиолетовое излучение и т.п.), химических факторов (лекарственные препараты, дезинфектанты, антисептики, пломбирочные материалы и др.). Большую часть работы придется выполнять, используя технические средства, потому высокая возможность травматизма. Контакт персонала с потенциально опасными химическими веществами, которые используются в медицинских учреждениях, может составлять опасность для здоровья. Среди этих веществ наиболее важную роль играют ингаляционные анестетики, которые могут быть присутствуют в воздухе не только операционных, но и помещений для вступительного наркоза, реанимационных палат, родильных залов и кабинетов хирургической стоматологии. Одной из особенностей профессиональной деятельности медицинских работников многих специальностей есть контакт с инфицированными пациентами.

Профилактика профессиональных заболеваний, которые возникают в медицинских учреждениях.

Исполняя профессиональные обязанности, медперсонал постоянно общается с больными и контактирует с разными медикаментами и дезинфекционными средствами. Поэтому он подвергается опасности заболеть. Заражение может состояться с помощью разнообразных объектов - биологический материал от больного, предметы быта, естественные факторы, медицинские средства.

Однако достоверность заражения можно предотвратить - это изоляция инфекционного больного, текущая и заключительная дезинфекция, иммунизация, ношение защитной одежды.

Среди потенциальных факторов перенесения возбудителей инфекционных болезней особенного внимания требуют руки медицинского персонала. В связи с этим, очень важно понять, что надлежащая защита рук – необходимое средство профилактики внутрибольничных инфекций.

Профилактические мероприятия ориентированы на укрепление неспецифической стойкости человеческого организма, можно путем физического воспитания и закалки, улучшения бытовых условий, организации правильного режима труда и отдыха, рационального питания.

Основные принципы профилактики профессиональных заболеваний медицинского персонала:

1. Соблюдение санитарно-гигиенических и профилактических правил и норм при осуществлении любых видов деятельности;
2. Проведение профилактических, социальных и образовательных мероприятий;
3. Безоплатность предоставления медицинской помощи;
4. Обязательное государственное страхование на случай заболевания на инфекционную болезнь.

Кроме того, уже известно много естественных и синтетических соединений, введение которых в организм человека стимулирует выработку собственных интерферонов, лизоцима, комплемента и др.

Вакцинации против гепатита В подлежат медицинские работники, которые профессионально имеют контакт с кровью, ее препаратами и осуществляют парентеральные манипуляции. Для предотвращения парентерального заражения необходимо пользоваться лишь шприцами и системами одноразового использования, строго следить за достерилизационной обработкой и стерилизацией медицинского колючего и режущего инструментария.

Каждый человек, который обращается за медицинской помощью, должен рассматриваться как потенциальный носитель вируса иммунодефицита человека.

Рабочие места обеспечиваются инструктивно методическими документами, аптечками для проведения срочной профилактики при аварийных ситуациях, необходимым набором медицинского инструментария

для одноразового использования, дезинфекционными средствами для проведения обеззараживания.

Медицинский персонал должен работать в халате, маске и перчатках. Эти мероприятия позволяют избежать контакта кожи и слизевых оболочек работника с кровью, тканями, биологическими жидкостями пациентов. Медицинские работники с травмами, ранами на руках, экссудативными поражениями кожи рук, которые невозможно закрыть лейкопластиром или резиновыми перчатками, освобождаются на период заболевания от непосредственного медицинского обслуживания больных и контакта с предметами ухода за ними.

Если контакт с кровью, другими биологическими жидкостями или материалами сопровождался нарушением целостности кожи (уколом, порезом), пострадавший должен:

- снять перчатки рабочей поверхностью вовнутрь;
- выдавить кровь из раны;
- поврежденное место обработать одним из дезинфектантов (70% раствором этилового спирта, 5% настойкой йода при порезах, 3% перекисью водорода);
- тщательно вымыть руки с мылом под проточной водой, а затем протереть их 70% раствором этилового спирта;
- на рану наложить пластырь, надеть напальчник;
- при необходимости продолжать работу одеть новые резиновые перчатки;
- срочно сообщить руководство лечебно-профилактического заведения об аварии для ее регистрации и проведения экстренной профилактики ВИЧ-инфекции.

После проведения обеззараживающих мероприятий пострадавшему предлагают (за его согласием) пройти обследования на наличие антител к ВИЧ. Если результат негативен, следующее тестирование должно проводиться через 3 - 6 месяцев и дальше - через год.

Согласно закона Украины, заражения ВИЧ медицинских работников при выполнении ими служебных обязанностей принадлежат к профессиональным заболеваниям. Поэтому работники, занятые предоставлением медицинской помощи населению, проведением лабораторных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции подлежат обязательному страхованию на случай заражения, наступления в связи с этим инвалидности или смерти.

Профессиональная деятельность медицинских работников непосредственно связана со здравоохранением населения. Но показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, самих медиков настолько высоки, что это нуждается в очень серьезном и внимательном отношении общества к причинам возникновения такой ситуации.

Выделяют разные врачебные и сестринские специальности: терапевтические, хирургические, стоматологические, фармацевтические, профилактические и другие, которые кроме общих черт имеют существенные особенности, которые касаются как самого содержания трудовой деятельности, так и условий, в которых она осуществляется. На характер труда медицинских работников определенной специальности влияет тип медицинского заведения (стационар, поликлиника, скорая помощь), профиль отделения, в котором они работают. Условия и характер труда разных категорий профессиональных групп медицинских работников могут осложняться комплексным и совмещенным действием вредных и опасных факторов их “производственной” среды: физических, химических, биологических, психофизиологических.

К физическим производственным факторам принадлежат температура, влажность, скорость движения воздуха, инфракрасное излучение, шум, ультразвук и инфразвук, вибрация, неионизирующее и ионизирующее излучение, атмосферное давление, освещенность и т.п.

К химическим производственным факторам - органические и неорганические химические соединения в виде газа, пары, пыли, дыма,

тумана, жидкости. По характеру действия на организм их разделяют на токсические, раздражающие, сенсibiliзирующие, канцерогенные, мутагенные и т.п.

К биологическим производственным факторам принадлежат микроорганизмы в т.ч. патогенные (бактерии, вирусы, грибы, простейшие) и продукты их жизнедеятельности, белковые препараты, витамины, аминокислоты.

К психофизиологическим производственным факторам - физические (статические и динамические) и нервно-психические нагрузки.

Физические факторы, которые используются в медицине, могут быть как полезными для диагностики и лечения больных, улучшения предоставления медицинской помощи, так и вредными, оказывать неблагоприятное влияние на организм человека, вызывая определенные изменения в состоянии здоровья медицинских работников.

Одним из вредных факторов производственной среды медицинских работников есть микроклимат, под которым понимают комплекс физических факторов окружающей среды в ограниченном пространстве, что влияют на температуру тела человека. Микроклимат формируют такие факторы, как температура, влажность, скорость движения воздуха. Разные сочетания отмеченных факторов создают метеорологические условия, которые можно разделить на такие виды производственного микроклимата:

1. **Оптимальный** - микроклимат, который при длительном систематическом влиянии обеспечивает нормальную степень теплоты тела организма, ощущения теплового комфорта и создает условия для высокого уровня работоспособности.

2. **Допустимый** - это микроклимат, который при длительном и систематическом влиянии может повлечь изменения температуры тела организма, которые быстро проходят и сопровождаются дискомфортными теплоощущениями, что ухудшают самочувствие и снижают работоспособность.

3. **Предельно-допустимый** - микроклимат, который, в результате длительного и систематического влияния может повлечь стойкие изменения температуры тела, которые сопровождаются нарушением термостабильности организма и жалобами на выраженный перегрев или переохлаждение.

4. **Переохлаждающий** - это микроклимат, который может привести к переохлаждению организма.

5. **Нагревающий** - микроклимат, который может привести к перегреву организма.

6. **Интермитирующий (переменный)** - микроклимат, показатели которого могут существенно изменяться на протяжении рабочей смены.

Условно всех медицинских работников по влиянию на них микроклимата можно разделить на две группы:

- работают преимущественно в помещении (хирурги, стоматологи, оториноларингологи, психологи и др.);
- трудовая деятельность тем или иным образом связанная с пребыванием вне помещения (участковые терапевты, педиатры, врачи скорой помощи).

Исследования микроклимата во многих лечебно-профилактических учреждениях свидетельствуют, что в большинстве производственных помещений параметры микроклимата не обеспечивают нормальный уровень теплообмена ни персонала, ни больных. Часто наблюдается или высокая, или низкая температура, повышенная, или снижена влажность воздуха. Медицинские работники (участковые терапевты, педиатры, персонал скорой и неотложной медицинской помощи и др.), которые работают как в помещении, так и вне его, испытывают действие контрастного микроклимата. Резкое и частое изменение температур внешнего и внутреннего (в помещении) воздуха, его влажности и скорости движения не дает возможность этой категории работников адаптироваться к условиям, которые изменяются, и приводит к снижению работоспособности, ослаблению резистентности организма, к развитию простудных заболеваний.

Профилактику неблагоприятного действия микроклимата нагрева на организм работника осуществляется за счет:

1. нормирование верхнего предела внешней термической нагрузки на допустимом уровне;
2. регламентации длительности действия среды с повышенной температурой (непрерывно и за рабочую смену), чтобы обеспечить среднесменную степень теплоты тела на оптимальном или допустимом уровне;
3. использование специальных коллективных и индивидуальных средств защиты, чтобы уменьшить поступление тепла к поверхности тела и обеспечить допустимый уровень температуры тела работников;
4. применение средств, которые повышают тепловую стойкость организма, в том числе за счет адаптации к термической нагрузке, улучшению функционального состояния (витаминация, рациональный питьевой режим, фармакологические средства и т.п.).

К физическим факторам производственной среды медицинских работников можно отнести производственный шум. Шум - это любой нежелательный звук или совокупность звуков разной частоты и интенсивности, которые беспорядочно совмещаются и негативно влияют на организм и мешают работе и отдыху.

Производственный шум по характеру спектра можно классифицировать как широкополосный (диапазон больше чем одна октава) и узкополосный, или тональный (в спектре выражены дискретные тона).

По часовым характеристиками различают шум:

- постоянный, уровень которого за полный рабочий день изменяется не более чем на 5 дБА;
- непостоянный, уровень которого за полный день изменяется больше чем на 5 дБА.

Шум, как общебиологический раздражитель, влияет на все органы и системы. В этом заключается его неспецифическое действие. Специфическое

действие вызывает изменения в органе слуха. Под воздействием шума снижается разборчивость языка, быстро развивается усталость, нарушается сон, снижается работоспособность и могут возникать патологические изменения. Изменения в центральной нервной системе (ЦНС) наступают значительно раньше, чем нарушение со стороны слухового анализатора. При этом шум, как стрессовый фактор, вызывает изменение реактивности ЦНС, следствием чего есть расстройства регуляции функций органов и систем организма. Основная роль в развитии шумовой патологии принадлежит интенсивности шума.

Основными мероприятиями по снижению шума являются:

1. использование рациональных строительных и инженерных конструкций и прогрессивных технологий;
2. звукоизоляция оборудования с помощью тулупов, резонаторов, ограждающих конструкций, облицовки стен, потолка и пола;
3. акустически рациональное объемно-планировочное строительство.

В медицине ультразвук применяют для диагностики, срастания костей, при операциях на глазах, для разрушения опухолей, стерилизации инструментария и материалов, а в физиотерапии - как болеутоляющий, общестимулирующее средство и как средство, которое снижает артериальное давление. УЗ до 120 – 130 дБ может возникать как сопутствующий фактор при эксплуатации технологического и вентиляционного оборудования.

Ультразвук - это механические колебания упругой среды, которые имеют одинаковую со звуком физическую природу превышают верхний порог чувствительности (свыше 20 кГц). Интенсивность УЗ измеряется в ваттах на квадратный сантиметр, а по логарифмической шкале - в беллах (децибеллах).

В реальных условиях возможно как контактное действие УЗ, так и его влияние через воздух. При работе с инструментом преобладает контактное локальное действие УЗ на руки. Патологические проявления заключаются в

целом в развитии вегетативного сенсорного полиневрита рук. У работников может возникать такое профессиональное заболевание, как ангионевроз, как общие проявления возможны общецеребральные нарушения и вегетососудистая дисфункция.

Профилактика неблагоприятного влияния УЗ.

Профилактические мероприятия при работе с ультразвуковыми установками должны быть направленные на предупреждение контакта через тверди и жидкие среды, на борьбу с распространением УЗ в воздухе рабочей зоны и соблюдения гигиенических нормативов.

Среди медицинских работников влияния вибрации испытывают преимущественно стоматологи, массажисты и медсестры физиотерапевтических отделений, которые работают с вибрирующей аппаратурой (стоматологическое оборудование, электромассажер), а также персонал скорой и неотложной помощи.

Вибрация это механические колебательные движения системы с упругими связками, которые передаются непосредственно телу человека или отдельным его частям и неблагоприятные действуют на организм. При условии длительного влияния вибрации на организм, особенно в сочетании с неблагоприятным микроклиматом и шумом, у работников может возникать вибрационная болезнь, которая оказывается в нарушениях периферийного кровообращения, болях в верхних конечностях, расстройствах вибрационной, болевой и температурной чувствительности, деформационных артрозах и артритах больших суставов (при действии локальной вибрации), деформационных остеоартрозах, вестибулопатии, дисфункции пищеварительных желез (от действия общей вибрации).

Приоритетными направлениями в лазерной медицине является: лечение опухолевых заболеваний, операции на полых органах с использованием лазерной эндоскопической техники и тачальных аппаратов; лечение огнестрельных, ожоговых и гнойных ран; эндоваскулярное лазерное удаление атеросклеротических бляшек, реканализация сосудов; лазерная

литотрипсия; реканализация и разрушение опухолей бронхов, оперативные вмешательства в полости матки, мочевого пузыря, в брюшной полости и полости суставов; паллиативное эндоскопическое лазерное лечение неоперабельных опухолей органов пищеварения у лиц преклонных лет, ревматологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, гинекологии, стоматологии, оториноларингологии и других сферах медицинской науки. В стоматологии лазеры с успехом могут заменять всем известную бормашину для лечения кариеса зубов. Также их используют в гематологии, судебной медицине и т.п.

Лазер это генератор электромагнитного излучения оптического диапазона, который основывается на использовании стимулируемого излучения. Длина волны лазерного излучения составляет от 0,2-1000 мкм. Действие лазера на организм зависит от мощности и энергии излучения, длины волны, площади, поверхности, которая облучается, экспозиции. На персонал влияет, как правило, отраженно-рассеивающее излучение. Оно приводит к возникновению термического и механического эффектов. Термическое действие излучения лазеров непрерывного действия имеет много общего с обычным нагреванием. Под действием импульсного лазерного излучения ткань быстро нагревается и мгновенно закипает тканевая жидкость, которая приводит к механическому повреждению тканей. Нетермическое действие лазера предопределено преимущественно электрическим и фотохимическим эффектами, а также поглощением тканями электромагнитной энергии. Действие лазерного излучения небольшой мощности (единицы и десятки милливатт) приводит к угнетению пигментообразования, снижению активности ферментных систем кожи. Нетермическое действие лазера предопределено преимущественно электрическим и фотохимическим эффектами, а также поглощением тканями электромагнитной энергии. Местное действие лазерного излучения может повлечь поражение глаз и тех органов, которые избирательно реагируют на этот вид излучения.

Профилактика

Меры безопасности зависят от класса лазерных установок. Должны быть предусмотрены ограждения, экраны, механическая вентиляция, лазерная установка должна быть изолированная. Персонал следует обеспечивать средствами индивидуальной защиты: хлопковые перчатки, защитные очки из специального стекла.

В медицинской практике способность ионизирующего излучения проникать через тело человека и ионизировать ткани организма используют с диагностической и терапевтической целью. Источниками ионизирующего излучения в медицине являются разные рентгеновские аппараты и радиоактивные вещества. Их влияние чаще всего испытывают сотрудники рентгеновских кабинетов, радиологических лабораторий, хирурги, травматологи, стоматологи, реже - специалисты других специальностей.

В условиях действия ионизирующего излучения у работников могут наблюдаться такие эффекты:

- детерминирующие (лучевая болезнь, локальные лучевые поражения кожи, глаз и др.);
- стохастические, в т.ч. сомато-стохастические (опухоли разной локализации, лейкоз, сокращение продолжительности жизни)
- генетические (генные мутации, хромосомные aberrации).

Профилактику радиационных поражений осуществляют путем проведения комплекса санитарно-гигиенических, санитарно-технических и специальных медицинских мероприятий. Лица, которые работают с ИИИ, должны проходить профилактические медицинские осмотры. Строгое соблюдение правил, изложенных в «Нормах рациональной безопасности» и «Основных санитарных правилах обеспечения радиационной безопасности».

Вредные химические вещества, которые действуют на рабочих в разных отраслях промышленности, рассматривают как производственные яды. К производственным ядам принадлежат химические соединения, с которыми сталкивается человек в процессе трудовой деятельности в виде

сырья, промежуточных, побочных или готовых продуктов - газов, пары, жидкости, пыли, дыма или тумана, влияние которых на организм вредный.

В помещениях лечебно-профилактических заведений, как правило, не бывает постоянных концентраций вредных веществ в воздухе рабочей зоны. Они могут колебаться от нулевых к уровням, которые превышают предельно допустимые концентрации (ПДК), постепенно нарастая при выполнении тех или других манипуляций и снижаясь после их завершения. Такой характер действия химических веществ имеет название интермитирующего (прерывистого). Он сравнительно с постоянным действием предопределяет более выраженный негативный эффект на персонал в начале и в конце действия раздражителя, требуя определенного напряжения организма в результате частой переадаптации.

Существенной особенностью действия химических веществ на медицинских работников является их комплексный (одно и то же химическое соединение попадает в организм различными путями, например, ингаляционного и через кожу) и комбинированный (действие нескольких химических веществ одновременно или последовательно при одном и том же пути поступления) характер.

Профилактика неблагоприятного влияния химических веществ

Очень важное значение имеет соблюдение правил личной гигиены, то есть регулярная мойка рук, принятия душа после работы, запрещение потребления еды и курения на рабочих местах

До технологических мероприятий профилактики принадлежат усовершенствование технологических процессов, внедрения автоматизации и механизации операций, дистанционное управление, замена высокотоксичных веществ на менее токсичных. Высокоэффективным санитарно-техническим мероприятием является механическая вентиляция. При невозможности снижения концентраций вредных веществ к уровню ПДК используют средства индивидуальной защиты: респираторы или противогазы. Для

защиты кожи и слизевых оболочек - защитные очки, комбинезоны, перчатки, специальная обувь, защитные пасты мази и т.п.

Биологические факторы производственной среды - это совокупность биологических объектов, связанных с производственной деятельностью, которые способны оказывать на работников нежелательное влияние. К ним принадлежат микро- и макроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, органические вещества естественного происхождения и микробиологического синтеза.

Профессиональная деятельность врачей многих специальностей (инфекционисты, фтизиатры, бактериологи, хирурги, терапевты, оториноларингологи и др.) сопровождается контактом с возбудителями инфекционных заболеваний. Чаще всего врачи имеют дело с такими микробами, как негемолитические, В-гемолитические и зеленящие стрептококки, золотистый стафилококк, пневмококки, а также с вирусами. Обследование и лечение полости рта, зева, носоглотки сопровождается выделением слюны больного, вместе с которой патогенные микроорганизмы попадают на лицо и одежду врача, а также в окружающую среду. Очень опасными являются процедуры обрабатывания инфекционных больных, лабораторное исследование бактериальных материалов.

Инфекционные болезни профессионального генеза могут возникать у медицинских работников, которые непосредственно работают с больными или в результате инфицирования биосубстратами (кровью, мочой, мокротинням, промывными водами бронхов, выделениями из родильных путей, дуоденальным содержимым и др.). Профессиональный характер инфекционного заболевания подтверждают данные санитарно-гигиенических условий труда, которые свидетельствуют о том, что больной во время работы имел контакт с инфекцией. Среди профессиональных инфекционных заболеваний чаще всего встречаются туберкулез органов дыхания и сывороточным гепатит. Инфицирование, как правило, происходит повітряно-крапельним и инфекционным путями.

Для профилактики неблагоприятного влияния биологических факторов производственной среды предусмотрено установление их ПДК в воздухе рабочей зоны, ограничения использования антибиотиков и биопрепаратов, которые содержат тетрациклин и хлортетрациклин. Все работники должны быть обеспечены спецодеждой, средствами индивидуальной защиты органов дыхания и рук. Обязательным является проведение предыдущих и периодических медицинских обзоров с обязательным бактериологическим контролем состояния микрофлоры кишечника работников.

На функциональное состояние работника влияют не только физические, химические и биологические факторы производственной среды, а и сам трудовой процесс. Наиболее полно влияние трудового процесса могут охарактеризовать физический и нервно - эмоциональное состояние человека. Физическое состояние отображает реакцию организма на физическую (динамическое, статическое) нагрузку, нервно эмоциональный - на напряженность труда и эмоциональное влияние.

Труд врачей характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, а временами нуждается в значительной физической выносливости, внимании и высокой работоспособности в экстремальных условиях. Для большинства профессиональных групп медицинских работников нервно эмоциональная напряженность является одним из основных факторов производственной среды, какие неблагоприятные влияют их здоровье.

Среди причин нервно эмоциональной напряженности медицинские работники чаще всего называют постоянную ответственность за здоровье и жизнь людей, ежедневный контакт с людьми, необходимость срочно принимать решение, большое количество стрессовых ситуаций, изменчивость работы, а также социально-экономические проблемы (недостаточное финансирование, отсутствие необходимых лекарств, оборудования, аппаратуры, несвоевременная выплата и низкая заработная плата).

В результате действия комплекса нервно эмоциональных факторов у медицинских работников часто развиваются астеновегетативная дистония, неврозы, патология сердечно-сосудистой системы, а иногда и психозы.

Для работы некоторых профессиональных групп медработников (врачи скорой помощи, стоматологи, хирурги и др.) характерным является сочетание высокой нервно эмоциональной напряженности с физической нагрузкой.

Уровень физической нагрузки при выполнении разных видов труда у медицинских работников неодинаковый. У врачей-лаборантов, лаборантов, офтальмологов, оториноларингологов и других, которые выполняют работу, сидя, он незначителен. Для этой группы существует опасность гиподинамии.

При трудовых процессах основными рабочими позами являются позы, сидя и стоя, при выполнении некоторых операций возможные комбинации эти двух поз. При работе, стоя увеличивается нагрузка на мышцы нижних конечностей, наблюдается перераспределение крови, которая может приводить к нарушению кровообращения. Для предупреждения заболеваний, нижних конечностей (варикозное расширение вен, тромбофлебит, плоскостопие и др.), необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий.

Работа в позе, сидя утомляет меньше, поскольку уменьшается высота центра веса над площадью опоры, повышается стойкость тела, уменьшается напряжение мышц, нагрузки на сердечно-сосудистую систему. Однако и в этом случае не обходная профилактика, потому что при длительной работе, сидя наблюдают статическое напряжение мышц шеи, плечевого пояса спины. Изменение позы способствует перераспределению нагрузки на группы мышц, улучшает кровообращение, уменьшает монотонность. Часто нерациональная рабочая поза связана с тем, что медицинское оборудование (столы, медицинские кушетки, каталки и так далее) которое используют в медицинских учреждениях, не отвечает основным эргономичным требованиям за параметрами и конструктивными особенностями (стулья с

твёрдой фиксацией, отсутствие возможности регулировать высоту оборудования, отсутствие подлокотников и т.п.).

Профилактика. Оптимизацию трудовой деятельности осуществляют в нескольких направлениях. Конструкция оборудования и организация рабочего места должны отвечать антропометрическим данным и психологическим возможностям человека. Нужно, чтобы работник находился в удобной рабочей позе. Оптимальными являются позы, сидя и стоя, или сидячи-стоячи. Рациональные режимы труда и отдыха на протяжении рабочей смены, суток, недели предотвращают развитие переутомления, сокращают фазу вработывания в работу и способствуют поддержанию работоспособности на высоком и стабильном уровне. Элементами рационального режима труда и отдыха можно считать производственную гимнастику (физкультпаузы, физкультминутки), сеансы психофизиологической разгрузки, функциональную музыку.

Гигиеническая классификация труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса предназначена для гигиенической оценки условий и характера труда на рабочих местах с целью:

- контроля условий труда работников на соответствие действующим санитарным правилам и нормам, гигиеническим нормативам и составление соответствующего гигиенического вывода;
- аттестации рабочих мест по условиям труда;
- установление приоритетности в проведенных оздоровительных мероприятиях;
- создание банка данных об условиях труда на уровне предприятия, района, города, региона, страны;
- разработки рекомендаций для профвотбора, профпригодности;
- санитарно-гигиенической экспертизы производственных объектов;
- санитарно-гигиенической паспортизации состояния производственных и сельскохозяйственных предприятий;

- применение мероприятий административного влияния при выявлении санитарных правонарушений, а также для привлечения виновников к дисциплинарной и уголовной ответственности;

- изучение связи состояния здоровья работающего с условиями его труда (при проведенные эпидемиологических исследований здоровья, периодических медицинских осмотров); - составление санитарно-гигиенической характеристики условий труда;

- расследование случаев профессиональных заболеваний и отравлений;

- установление уровней профессионального риска для разработки профилактических мероприятий и обоснования мероприятий социальной защиты работающих. Гигиеническая классификация труда базируется на принципе дифференциации условий труда в зависимости от фактически определенных уровней опасных и вредных факторов производственной среды и трудового процесса по сравнению с санитарными нормами, правилами, гигиеническими нормативами, а также с учетом возможного их вредного влияния на состояние здоровья работающих. С учетом гигиенической классификации определяется степень вредности условий труда, выполняется оценка тяжести и напряженности трудового процесса. Степень вредности условий труда устанавливается по величине превышения граничнодопустимых концентраций вредных веществ; классом и степенью вредности факторов биологического происхождения; в зависимости от величин превышения действующих нормативов шума, вибрации, инфра- и ультразвука; по показателям микроклимата, который получил наивысшую степень вредности с учетом категории тяжести труда по уровню энергозатрат, или за интегральным показателем тепловой нагрузки среды; по величине превышения предельнодопустимых уровней электромагнитных полей и излучений; по параметрам радиационного фактора в соответствии с Нормами радиационной безопасности Украины (НРБУ-97); по показателям естественного и искусственного освещения; по величине несоблюдении необходимого количества ионов воздуха и показателя их полярности. Для

всех отмеченных факторов кроме радиационного фактора степень вредности определяется в зависимости от величины несоответствия фактического значения фактора его нормативному значению. При работе с источниками ионизирующих излучений необходимо осуществлять контроль и оценку радиационного фактора в соответствии с Нормами радиационной безопасности Украины (НРБУ-97). При соблюдении контрольных уровней условия труда на данном рабочем месте оцениваются как допустимые. В случае их превышения оценка вредности и опасности по радиационным факторам (до выхода специального документа) осуществляется органами лабор.центра.

Оценка тяжести трудового процесса осуществляется на основании учета физической динамической нагрузки, массы груза, который поднимается и перемещается, общего числа стереотипных рабочих движений, величины статической нагрузки и т.п.

Оценка напряженности трудового процесса осуществляется на основании учета факторов, которые характеризуют напряженность труда, а именно, интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки, степень монотонности нагрузок, режим работы. Согласно требований гигиенической классификации труда, работа в условиях превышения гигиенических нормативов может быть разрешена только при условии применения средств коллективной и индивидуальной защиты и сокращения времени действия вредных производственных факторов (защита временами). Работа в опасных (экстремальных) условиях труда (4 класс) не допускается, за исключением ликвидации аварий и проведения экстренных работ для предупреждения аварийных ситуаций, но лишь при условии выполнения этой работы в соответствующих средствах индивидуальной защиты и регламентированных режимах выполнения работ. Поскольку условия труда определяют степень заболеваемости работающих как профессиональной, так и производственной предопределенной, то контроль показателей заболеваемости также может играть важную роль в улучшении условий труда.

Исходя из принципов Гигиенической классификации, условия труда делятся на 4 класса – оптимальные, допустимые, вредные и опасные (экстремальные)

1 класс — оптимальные условия труда – такие условия, за которых сохраняется не только здоровье работающих, но и создаются предпосылки для поддержания высокого уровня работоспособности. Оптимальные гигиенические нормативы производственных факторов установлены для микроклимата и факторов трудового процесса. К другим факторам за оптимальных условно принимаются такие условия труда, при которых неблагоприятные факторы производственной среды не превышают уровни, принятые за безопасных для населения.

2 класс — допустимые условия труда – характеризуются такими уровнями факторов производственной среды и трудового процесса, которые не превышают установленных гигиенических нормативов, а возможные изменения функционального состояния организма возобновляются за время регламентированного отдыха или к началу следующего изменения и не оказывают неблагоприятного влияния на состояние здоровья работающих и их потомство в ближайшем и отдаленном периодах.

3 класс — вредные условия труда – характеризуются такими уровнями вредных производственных факторов, которые превышают гигиенические нормативы и способные оказывать неблагоприятное влияние на организм работающий и/или его потомство.

Вредные условия труда за степенью превышения гигиенических нормативов и выраженности возможных изменений в организме работающих разделяются на 4 степени:

1 степень (3.1) – условия труда характеризуются такими уровнями вредных факторов производственной среды и трудового процесса, которые, как правило, вызывают функциональные изменения, которые выходят за пределы физиологических колебаний (последние возобновляются при более

длительной, чем начало следующего изменения, перерыву контакта с вредными факторами) и увеличивают риск ухудшения здоровья;

2 степень (3.2) – условия труда характеризуются такими уровнями вредных факторов производственной среды и трудового процесса, которые способны вызывать стойкие функциональные нарушения, приводят в большинстве случаев к росту производственно-обусловленной заболеваемости, появления отдельных признаков или легких форм профессиональной патологии (как правило, без потери профессиональной работоспособности), которые возникают после длительной экспозиции (10 лет и больше);

3 степень (3.3) – условия труда характеризуются такими уровнями вредных факторов производственной среды и трудового процесса, которые приводят, кроме роста производственно-обусловленной заболеваемости, к развитию профессиональных заболеваний, как правило, легкой и средней степеней тяжести (с потерей профессиональной работоспособности в период трудовой деятельности);

4 степень (3.4) – условия труда характеризуются такими уровнями вредных факторов производственной среды и трудового процесса, которые способны приводить к значительному росту хронической патологии и уровней заболеваемости с временной потерей работоспособности, а также к развитию тяжелых форм профессиональных заболеваний (с потерей общей работоспособности).

4 класс опасные (экстремальные) условия труда – характеризуются такими уровнями вредных факторов производственной среды и трудового процесса, влияние которых в течение рабочей смены (или же ее части) создает угрозу для жизни, высокий риск возникновения тяжелых форм острых профессиональных поражений.

Гигиенические нормативы условий труда

Гигиенические нормативы условий труда – ПДК (предельно допустимая концентрация), ГДУ (предельно допустимый уровень) и другие

предельно допустимые (безопасные для человека) уровни вредных и опасных производственных факторов, устанавливаются исходя из того, что при ежедневной (кроме выходных дней) 8-часовой работе, но не больше 40 часов в неделю в течение всего рабочего стажа они не должны вызывать заболеваний или отклонений в состоянии здоровья, что оказываются современными методами исследований в процессе работы или в отдаленные периоды жизни нынешней и следующих поколений.

При большей (чем 8-часовая) длительности изменения в каждом конкретном случае возможность выполнения работы должна быть согласованная учреждениями госслужбы. Предельно допустимая концентрация вредного вещества в воздухе рабочей зоны (ПДК), которую устанавливают для веществ, которые способны оказывать вредное влияние на организм работающих при ингаляционном поступлении, может быть два типов:

- максимально разовая предельно допустимая концентрация (Пдкр.з.м.р.);
- среднесменная предельно допустимая концентрация (Пдкр.з.с.з.).

Пдкр.з.м.р. – наивысший регламентировано значение концентрации вредного вещества в воздухе рабочей зоны для любого 15-минутного (30-минутного для аэрозолей веществ преимущественно фиброгенного действия) отрезку времени рабочей смены. Действие вещества на работающих в концентрации, которая равняется Пдкр.з.м.р., не должна повторяться в течение рабочей смены более чем 4 раза с интервалами не менее 1 часа.

Пдкр.з.с.з. – регламентировано значение концентрации вредного вещества в воздухе рабочей зоны для отрезку времени, что составляет 75% рабочей смены, но не более чем 8 часов, при условии соблюдения Пдкр.з.м.р.. Пдкр.з.с.з. – устанавливается для веществ, для которых характерные кумулятивные свойства (вещества хроноконцентрационного действия).

Тема 5

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Учебная цель:

1.1. Завладеть знаниями о влиянии производственных вредностей на здоровье рабочих и правилами и порядком расследования профессиональных заболеваний и отравлений, оформления необходимых документов.

1.2. Усвоить порядок организации и проведения предыдущих и периодических медицинских осмотров и уметь организовывать медицинские обзоры, оформлять соответствующую документацию, анализировать и обобщать результаты медицинских осмотров, разрабатывать на их основе оздоровительные мероприятия.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знать:

2.1.1. Понятие о профессиональной патологии.

2.1.2. Понятие о профессиональных вредности, и их классификация.

2.1.3. Виды действия вредных факторов на организм.

2.1.4. Основные задачи гигиены труда относительно профвредностей.

2.1.5. Понятие о профессиональных отравлениях, профессиональных заболеваниях, и их классификация.

2.2. Уметь:

2.2.1. Проводить расследование и учет случаев профессиональных заболеваний.

2.2.2. Использовать в зависимости от ситуации основные направления профилактики профзаболеваний.

2.2.3. Оценивать результаты проведенных медицинских осмотров работников в ЛПУ.

3. Вопросы для самоподготовки:

- 3.1. Профессиональная патология.
- 3.2. Профессиональные вредности, их классификация.
- 3.3. Виды влияния вредных факторов на организм.
- 3.4. Основные задачи гигиены труда относительно профвредностей.
- 3.5. Понятие о профессиональных отравлениях, профессиональных заболеваниях, и их классификация.
- 3.6. Случаи профессиональных заболеваний. Расследование и учет.
- 3.7. Основные направления профилактики профзаболеваний.
- 3.8. Медицинские осмотры работающих, их назначения, виды и организация.

4. Литература

Основная:

1. Гігієна праці: Підручник / Ю.І. Кундієв, О.П. Яворовський, А.М. Шевченко та ін.; за ред. акад. НАН України, НАМН України, проф. Ю.І. Кундієва, чл-кор. НАМН України проф. О.П. Яворовського. – К.: ВСВ “Медицина”, 2011. – 904 с.
2. Гігієна та охорона праці медичних працівників. Навчальний посібник / За ред. В.Ф. Москаленка, О.П. Яворовського. – К.: «Медицина», 2009. – 176 с.
3. Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу. ГН 3.3.5-3.3.8; 6.6.1-083-2001 р.

Дополнительная:

1. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 року // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – С. 217.
2. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 року // Голос України. – 2000. – 16 травня.

3. ДСН 3.3.6.037-99. Державні санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень.

4. ДСН 3.3.6.037-99. Державні санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку.

5. Державні санітарні норми загальної та локальної вібрації.

5. Теоретический и практический материал

Профессиональная патология — раздел клинической медицины, которая изучает вопрос этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики профессиональных заболеваний. К профессиональным болезням относят заболевания, которые вызваны профессиональными вредностями. Профессиональные вредности - это факторы производственной среды или трудового процесса, которые вызывают неблагоприятное действие на организм работающих и при определенной силе и длительности их действия способные вызывать патологические состояния или нозологические формы заболеваний.

Одной из основных форм деятельности человека есть труд, который благоприятно влияет на ее здоровье и обеспечивает благосостояние общества. В то же время некоторые виды труда при определенных условиях, при несоблюдении необходимых санитарно-гигиенических правил могут стать причиной развития профессиональных болезней. Профессиональные вредности, как правило, связанные с производственным процессом, его технологией и оборудованием.

Опасный производственный фактор – может вызывать острое нарушение здоровья или гибель работающего;

Вредный производственный фактор – может вызывать нарушение здоровья – профессиональное заболевание.

Профессиональные вредности можно разделить на три группы:

1. Вредности, что связанные с неправильной организацией труда (избыточное напряжение нервной системы; длительное вынужденное

положение тела; избыточное напряжение двигательного аппарата и отдельных органов чувств; нерациональный режим труда).

2. Вредности, что связанные с производственным процессом и условиями окружающей среды, которая окружает рабочего во время его трудовой деятельности (неблагоприятные микроклиматические условия; интенсивное лучевое тепло; повышенное или сниженное давление воздуха; радиоактивное излучение; избыточный шум; повышено содержание в воздухе пыли и т.п.).

3. Вредности, связанные с условиями труда. Они не являются специфическими и встречаются на любом производстве (недостаточная вентиляция, освещение, площадь, кубатура помещения и т.п.).

По действующему законодательству установлены предельно допустимые концентрации токсичных веществ и предельно допустимые уровни влияния профессиональных вредностей, которые исключают возможность развития как острых, так и хронических профессиональных заболеваний.

Благодаря техническому прогрессу, широкому внедрению механизации и автоматизации производственных процессов, модернизации оборудования, осуществлению необходимых санитарно-технических мер, профессиональные вредности на многих предприятиях в нашей стране в значительной степени ликвидированные или их уровень снижен к безопасным величинам. Вместе с тем, на современном этапе развития науки и техники, не во всех случаях возможно полностью избежать влияния профессиональных вредностей. Кроме того создание и внедрение в промышленность и сельское хозяйство новых видов производства ставят задачу изучения новых факторов труда с точки зрения влияния их на организм с целью разработки эффективных мероприятий профилактики.

Профессиональные вредности не только способны вызывать профессиональные болезни, но и могущие проявить влияние на ход общих, этиологически не связанных с трудовой деятельностью, заболеваний

сердечно-сосудистой и нервной систем, органов дыхания, кроветворных органов, опорно-двигательного аппарата, кожи, вызывая их обострение, осложнение, рецидив.

Виды действий вредных производственных факторов на организм

Во время работы человек поддается влиянию не одного, а суммы нескольких вредных факторов производственной среды. Поэтому выделяют следующие виды действия вредных факторов:

– **комбинированное действие** – это суммарное действие нескольких факторов одной природы, например, несколько физических факторов: шум и вибрация и т.п.;

– **комплексное действие** – это, когда один и тот же фактор (например, химическое вещество) поступает в организм различными путями (пероральный, респираторный, через кожу);

– **сочетанное действие** – это суммарное действие нескольких факторов разной природы, например, химического вещества и ультрафиолетового излучение, химического вещества и шума и так далее. Может также встречаться комплексная + сочетанное действие.

Основные задачи гигиены труда относительно профвредностей:

1. Изучение источников, условий возникновения и показателей профвредностей на производстве.
2. Изучение закономерностей действия профвредностей на организм.
3. Расследование случаев профзаболеваний и предотвращения их распространения.
4. Разработка профилактических мероприятий по предотвращению профзаболеваний.

Основой диагностики и профилактики профпатологии является приказ Министерства здравоохранения Украины № 45:

- 1) список производств и профессий, для которых обязательные предыдущие и периодические медицинские осмотры работающих;
- 2) порядок проведения осмотров, состав врачей-специалистов;

3) перечень медицинских противопоказаний для приема на разные виды производств;

4) список диагнозов профзаболеваний и профотравлений.

Понятие и классификация профзаболеваний.

Профзаболевание (отравление) – заболевание, для которого доказана взаимосвязь с действием профессиональных производственных факторов.

"Перечень профессиональных заболеваний", согласно Постановлению КМУ № 1662 состоит из 3-х разделов:

1) названия профзаболеваний – диагнозов (острые и хронические интоксикации пневмокониоз, шумовая, вибрационная болезнь и др.);

2) опасные и вредные вещества и производственные факторы, влияние которых может вызывать профессиональное заболевание;

3) перечень работ и производств, на которых возможно возникновение профессионального заболевания.

В зависимости от длительности действия на организм работающий вредных факторов профессиональные заболевания и отравления разделяются на острые и хронические.

Острое профессиональное заболевание (интоксикация) возникает внезапно, после одноразового (в течение не больше одной рабочей смены) влияния относительно высоких концентраций, уровней или доз химических веществ (или других вредных факторов), которые находятся в воздухе рабочей зоны.

Хронические профессиональные заболевания возникают в результате длительного влияния невысоких (но тех, которые превышают ПДК, ГДД, ГДР) концентраций, уровней, доз вредных производственно-профессиональных факторов.

Изучением диагностики, клиники и лечения профзаболеваний занимаются врачи лечебного профиля – профпатологи, которые работают в

медико-санитарных частях (МСЧ) предприятий, в цеховых поликлиниках или в специальных клиниках профпатологии.

Расследование и учет случаев профессиональных заболеваний.

Расследованию подлежат все впервые обнаруженные случаи хронических профессиональных заболеваний и отравлений (далее - профессиональные заболевания).

Диагноз хронического профессионального заболевания (или интоксикации) имеют право установить впервые лишь специализированные лечебно-профилактические учреждения перечень которых через каждые 5 лет пересматривается и уточняется МОЗ.

Перечень заведений, которые устанавливают окончательный диагноз относительно профессиональных заболеваний, согласно приказа МОЗ Украины №133:

1. Клиника института медицины труда АМН Украины (г. Киев);
2. Клиника государственного предприятия «НИИ медико-экологических проблем Донбасса и угольной промышленности» (м. Донецк);
3. Клиника государственного предприятия «Украинский НИИ промышленной медицины» (г. Кривой Рог);
4. Клиника государственного предприятия «Харьковский НИИ институт гигиены труда и профзаболеваний»;
5. Клиника государственного предприятия «Институт экогигиены и токсикологии имени Л.И. Медведя» (г. Киев);
6. Клиника государственного предприятия «Украинский НИИ медицины транспорта» (м. Одесса);
7. Клиника Института медицинской радиологии АМН Украины (г. Харьков);
8. Донецка областная клиническая больница профессиональных заболеваний;
9. Отделение профпатологии Луганской областной клинической больницы;

10. Отделение профпатологии Львовской областной клинической больницы. Профессиональный характер заболевания определяется экспертной комиссией в составе специалистов лечебно-профилактического учреждения, которому предоставлено такое право МОЗ.

В случае необходимости в работу экспертной комиссии вовлекаются специалисты (представители) предприятия, рабочего органа исполнительной дирекции фонда, профсоюзной организации, членом которой является пострадавший.

Отнесение заболевания к профессиональному проводится в соответствии с порядком установления связи заболевания с условиями труда.

Связь профессионального заболевания с условиями труда работника определяется на основании клинических данных и санитарно-гигиенической характеристики условий труда, который складывается соответствующим учреждением госслужбы при участии специалистов (представителей) предприятия, профсоюзов и рабочего органа исполнительной дирекции фонда. Санитарно-гигиеническая характеристика выдается на запрос руководителя лечебно-профилактического заведения, которое обслуживает предприятие, или специалиста по профпатологии города (области), заведующего отделением профпатологии городской (областной) больницы.

Если на время составления санитарно-гигиенической характеристики условий труда пострадавший не попадал под действие факторов производственной среды, которые могли вызывать профессиональное заболевание, учитывается его предыдущая работа, связанная с действием неблагоприятных производственных факторов.

В случае возникновения подозрения на профзаболевание лечебно-профилактическое учреждение направляет работника с соответствующими документами, перечень которых определен порядком установления связи заболевания с условиями труда, на консультацию к главному специалисту из профпатологии города (области). Для установления диагноза и связи заболевания с влиянием вредных производственных факторов и трудового

процесса главный специалист по профпатологии направляет больного к специализированному лечебно-профилактическому учреждению.

В спорных случаях для окончательного решения вопроса о наличии профессионального заболевания больной направляется в Институт медицины труда АМН Украины (г. Киев), решение которого в случае несогласия больного или работодателя относительно установления диагноза и связи заболевания с влиянием вредных производственных факторов и трудового процесса оспаривается в судебном порядке.

На каждого больного клиниками научно-исследовательских институтов, отделениями профессиональных заболеваний лечебно-профилактических учреждений складывается сообщение по форме П-3. В течение трех суток после установления окончательного диагноза сообщения посылается работодателю или руководителю предприятия, вредные производственные факторы на котором привели к возникновению профессионального заболевания, соответствующему учреждению (заведению) госэпидслужбы и лечебно-профилактическому учреждению, которые обслуживают это предприятие, соответствующему рабочему органу исполнительной дирекции фонда.

Работодатель организует расследование каждого случая выявления профессионального заболевания в течение десяти рабочих дней с момента получения сообщения.

Расследование случая профессионального заболевания проводится комиссией в составе представителей: соответствующего учреждения общественного здоровья, (глава комиссии); лечебно-профилактического учреждения; предприятия; профсоюзной организации, членом которой является больной; или уполномоченного трудового коллектива по вопросам охраны труда, если больной не является членом профсоюза; соответствующего рабочего органа исполнительной дирекции фонда. К расследованию в случае необходимости могут привлекаться представители других органов.

Работодатель обязан подать комиссии по расследованию данные лабораторных исследований вредных факторов производственного процесса, необходимую документацию (1) ведомости о профессиональных обязанностях работника; 2) документы и материалы, которые характеризуют условия труда на рабочем месте (участке, цехе); 3) необходимые результаты экспертизы, лабораторных исследований для проведения оценки условий труда; 4) материалы, которые подтверждают проведение инструктажей по охране труда; 5) копии документов, которые подтверждают выдачу работнику средств индивидуальной защиты; 6) предписания или другие документы, которые раньше выданы учреждениями госсанэпид службы и касаются данного профессионального заболевания; 7) результаты медицинских осмотров работников; 8) другие материалы); обеспечить комиссию помещением, транспортными средствами и средствами связи, организовать печатание, размножение и оформление в необходимом количестве материалов расследования.

Комиссия по расследованию обязана:

- составить программу расследования причин профессионального заболевания;
- распределить функции между членами комиссии;
- рассмотреть вопрос о необходимости привлечения к ее работе экспертов;
- провести расследование обстоятельств и причин профессионального заболевания;
- составить акт расследования по форме П-4, в котором отметить мероприятия по предотвращению развития профессионального заболевания, обеспечения нормализации условий труда, а также назвать лица, которые не выполнили соответствующие требования (правила, гигиенические регламенты).

Расследование случая профессионального заболевания проводится в течение десяти рабочих дней после образования комиссии по расследованию.

Если из объективных причин расследования не может быть проведено в отмеченный срок, он может быть продлен руководителем заведения, которое образовало комиссию, но не более как на один месяц. Копия соответствующего приказа посылается всем членам комиссии по расследованию.

Акт расследования причин профессионального заболевания складывается комиссией по расследованию в шести экземплярах в течение трех суток по окончании расследования и посылается работодателем больному, лечебно-профилактическому учреждению, которое обслуживает это предприятие, рабочему органу исполнительной дирекции фонда и профсоюзной организации, членом которой является больной. Один экземпляр акта посылается соответствующему учреждению госсанэпидслужбы для анализа и контроля за осуществлением мероприятий.

Первый экземпляр акта расследования остается на предприятии, где сохраняется в течение 45 лет.

Работодатель обязан в пятидневный срок по окончании расследования причин профессионального заболевания рассмотреть его материалы и выдать приказ о мероприятиях по предотвращению профессиональным заболеванием, а также о привлечении к ответственности лиц, по вине которых допущено нарушение санитарных норм и правил, которые привели к возникновению профессионального заболевания.

Об осуществлении предложенных комиссией по расследованию мероприятий по предотвращению профессиональным заболеванием работодатель в письменном виде информирует соответствующее учреждение госсанэпидслужбы в течение срока, отмеченного в акте.

В случае потери работником работоспособности в результате профессионального заболевания работодатель направляет пострадавшего на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) для рассмотрения вопроса последующей его работоспособности.

Контроль по своевременности и объективности расследования профессиональных заболеваний, их документальным оформлением, выполнением мероприятий по устранению причин осуществляют учреждения госсанэпидслужбы, фонд, профсоюзы и уполномоченные трудовых коллективов по вопросам охраны труда в соответствии с их компетенцией.

Регистрация и учет случаев профессиональных заболеваний ведется в специальном журнале:

- на предприятии, в соответствующем рабочем органе исполнительной дирекции фонда и в учреждениях госсанэпидслужбы на основании сообщений о профессиональных заболеваниях и актов их расследования;

- в лечебно-профилактических учреждениях на основании медицинской карточки амбулаторного больного, выписки из истории болезни, врачебного заключения о диагнозе, установленном во время обследования в стационаре, а также сообщении о профессиональном заболевании.

В случае выявления у работника нескольких профессиональных заболеваний пострадавший регистрируется в журнале один раз с указанием всех его диагнозов.

Учреждения госсанэпидслужбы на основании актов расследования случаев профессиональных заболеваний составляют карты учета профессиональных заболеваний по форме П-5. Эти карты и записи на магнитных носителях сохраняются в соответствующем учреждении в МОЗ в течение 45 лет.

Основные направления профилактики профзаболеваний.

1. Нормативно законодательные мероприятия: КЗПП (кодекс законов о труде), ГОСТ, СанПиН, СНОП и др.
2. Гигиенические мероприятия: предупредительный и текущий санитарные надзоры.

3. Медико-профилактические мероприятия: предупредительные и периодические медосмотры, лечебно-профилактическое питание.

4. Санитарное просветительское работников о вредных и опасных профессиональных факторах, учебе технике безопасности.

5. Технологические мероприятия по снижению или устранению профшкідливостей.

6. Индивидуальные средства защиты.

Медицинские осмотры работающих, их назначения, виды и организация.

Обязательные предыдущий и периодические медицинские осмотры проводятся для работников, занятых на тяжелых работах, работах с вредными или опасными условиями труда или таких, где есть потребность в профессиональном отборе, и ежегодно для лиц в возрасте до 21 года.

Предупредительный медицинский осмотр проводится во время принятия на работу с целью: определение состояния здоровья работника и регистрации исходных объективных показателей здоровья и возможности выполнения без ухудшения состояния здоровья профессиональных обязанностей в условиях действия конкретных вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса; выявление профессиональных заболеваний (отравлений), которые возникли раньше при работе на предыдущих производствах, и предупреждения производственных предопределенных и профессиональных заболеваний (отравлений).

Периодические медицинские осмотры проводятся в течение трудовой деятельности с целью:

- своевременного выявления ранних признаков острых и хронических профессиональных заболеваний (отравлений), общих и производственных предопределенных заболеваний у работников;

- обеспечение динамического наблюдения по состоянию здоровья работников в условиях действия вредных и опасных производственных факторов и трудового процесса;

- решение вопроса относительно возможности работника продолжать работу в условиях действия конкретных вредных и опасных производственных факторов и трудового процесса;

- разработки индивидуальных и групповых заведений здравоохранения и реабилитационных мероприятий работникам, которые отнесены по результатам медосмотра к группе риска;

- проведение соответствующих оздоровительных мероприятий.

Периодичность их определяется приказом МОЗ Украины № 246 "Об утверждении Порядка проведения медицинских осмотров работников определенных категорий".

Организация медосмотров

Предупредительные медосмотры. Врач госсанслужбы готовит и передает в отдел кадры предприятия списки профессий, допуск к которым возможен лишь после предыдущего медосмотра.

Периодические медосмотры. Врач СЕС совместно с комиссией предприятия определяет контингенты, которые подлежат такому осмотру. Администрация предприятия выдает приказ по срокам и местам проведения периодических медосмотров.

При решении вопроса о пригодности к работе, связанной с опасными вредными веществами и вредными производственными факторами, следует руководствоваться медицинскими противопоказаниями, указанными в дополнениях упомянутого приказа.

Общие медицинские противопоказания к допуску на работу, связанную с опасными вредными веществами и вредными производственными факторами, следующие:

1. Наследственные аномалии органов с выраженной недостаточностью их функции.

2. Органические заболевания центральной нервной системы со стойкими выраженными нарушениями функции.

3. Психические заболевания и подобные им состояния, которые подлежат обязательному диспансерному присмотру в психоневрологических диспансерах, эпилепсия и другие пароксизмальные расстройства сознания. В случае выраженных форм пограничных психических заболеваний вопроса о пригодности к определенным работам решается комиссией психоневрологического заведения индивидуально.

4. Наркомании, токсикомании, хронический алкоголизм.

5. Заболевания эндокринной системы, которые сопровождаются значительными нарушениями функции (стадия декомпенсации).

6. Злокачественные новообразования (после проведения лечение вопроса может быть решено индивидуально при отсутствии абсолютных противопоказаний).

7. Все злокачественные болезни системы крови.

8. Гипертоническая болезнь III стадии и II стадии (кризисный ход).

9. Болезни сердца с недостаточностью кровообращения, со стойкими нарушениями ритма.

10. Хронические заболевания легких с дыхательной и легочно-сердечной недостаточностью.

11. Бронхиальная астма тяжелого хода с расстройствами дыхания и кровообращения.

12. Активные формы туберкулеза любой локализации.

13. Язвенная болезнь желудка, 12-палой кишки с хроническим рецидивным ходом и склонностью к осложнениям.

14. Цирроз печенки и активные хронические гепатиты.

15. Хронические болезни почек с проявлениями почечной недостаточности.

16. Системные болезни соединительной ткани.

17. Болезни периферической нервной и костно-мышечной системы со стойкими расстройствами функции.

18. Беременность и период лактации.

19. Привычное невынашивание беременности и аномалии плода в анамнезе у женщин детородного периода.

20. Глаукома декомпенсированная.

21. Профессиональное заболевание является противопоказанием для работы в условиях с вредным и опасным фактором производственной среды и трудового процесса, влияние которого привело к его развитию.

22. Не допускается привлечения несовершеннолетние к труду на тяжелых работах и на работах с вредными или опасными условиями труда.

Кроме общих медицинских противопоказаний при допуске на работу, связанную с опасными вредными веществами и производственными факторами, существуют еще дополнительные противопоказания для каждого производственного фактора с учетом его действия.

Проведение экспертизы работоспособности при профессиональных болезнях включает три основных вопроса: установление диагноза, установления связи заболевания с действием профессиональных факторов, оценка работоспособности больного.

Тема 6

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ И АВАРИИ В ЛПЗ

ИХ РАССЛЕДОВАНИЕ И УЧЕТ

1. Учебная цель:

1.1. Формирование знаний, умений и компетенций при расследовании несчастных случаев и аварий в медицинских учреждениях и организациях мероприятий по профилактике несчастных случаев, травматизма и профессиональных заболеваний.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знать:

2.1.1. Методику расследования и учет несчастных случаев в ЛПЗ.

2.1.2. Методику расследования и учета несчастных случаев непроизводственного характера.

2.1.3. Основное содержание постановлений Кабинета Министров Украины № 1232 от 30.11.2011 г. № 270 от 22.03.01 г. и № 1662 от 8.11.2000 г.

2.2. Уметь:

2.2.1. Сформулировать мероприятия профилактики несчастных случаев, травматизма и профессиональных заболеваний медицинских работников.

3. Вопросы для самоподготовки:

3.1. Основное содержание постановлений Кабинета Министров Украины № 1232 от 30.11.2011 г. «Некоторые вопросы расследования и учета несчастных случаев, профессиональных заболеваний и аварий на производстве» № 270 от 22.03.01 р «Об утверждении Порядка расследования

и учета несчастных случаев непроизводственного характера »и № 1662 от 8.11.2000 г. «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний».

3.2. Методика расследования и учета несчастных случаев на производстве.

3.3. Методика расследования и учета несчастных случаев непроизводственного характера.

3.4. Травматизм, острые и хронические профессиональные заболевания и отравления в медицине, методика их учета и расследования.

3.5. Мероприятия профилактики несчастных случаев, травматизма и профессиональных заболеваний медицинских работников.

3.6. Фонд социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Возмещение вреда пострадавшему на производстве.

4. Литература

Основная:

1. Гігієна праці: Підручник / Ю.І. Кундієв, О.П. Яворовський, А.М. Шевченко та ін.; за ред. акад. НАН України, НАМН України, проф. Ю.І. Кундієва, чл-кор. НАМН України проф. О.П. Яворовського. – К.: ВСВ “Медицина”, 2011. – 904 с.

2. Гігієна та охорона праці медичних працівників. Навчальний посібник / За ред. В.Ф. Москаленка, О.П. Яворовського. – К.: «Медицина», 2009. – 176 с.

3. Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу. ГН 3.3.5-3.3.8; 6.6.1-083-2001 р.

5. Теоретичний матеріал і законодавчі документи

Порядок розслідування і ведення учету нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві

Розслідування і учет нещасних випадків. Розслідування проводиться в разі раптового погіршення стану здоров'я працівника або особи, яке забезпечує себе роботою самостійно, отримання ними поранення, травми, в тому числі в результаті тілесних пошкоджень, причинених іншою особою, гострого професійного захворювання і гострого професійного і інших отравлень, отримання теплового удару, опіку, обмороження, в разі утоплення, ураження електричним струмом, блискавкою і іонізуючим випромінюванням, отримання інших пошкоджень в результаті аварії, пожежі, стихійного лиха (землетрусу, оползнів, наводнення, урагану і т.п.), контакту з представниками тваринного і рослинного світу, які привели до втрати працівником спроможності на один робочий день або більше або до необхідності переведення його на іншу (більш легку) роботу не менше ніж на один робочий день, в разі зникнення працівника в час виконання ним трудових обов'язків, а також в разі смерті працівника на підприємстві (даліше - нещасні випадки).

До гострих професійних захворювань і гострих професійних отравлень належать захворювання і отравлення, викликані впливом небезпечних факторів, шкідливих речовин не більше ніж в період однієї робочої зміни.

Гострі професійні захворювання викликаються впливом хімічних речовин, іонізуючого і неіонізуючого випромінювання, значущою фізичною навантаженням і перенапруженням окремих органів і систем людини. До них належать також інфекційні, паразитарні, алергічне захворювання. Гострі професійні отравлення характеризуються в основному шкідливими речовинами спрямованого дії.

О каждом несчастном случае пострадавший или работник, который его обнаружил, или другое лицо - свидетель несчастного случая должны немедленно сообщить непосредственному руководителю работ или другому уполномоченному лицу предприятия и принять меры относительно предоставления необходимой помощи пострадавшему.

В случае наступления несчастного случая непосредственный руководитель работ (уполномочено лицо предприятия) обязан:

- срочно организовать представление первой медицинской помощи пострадавшему, обеспечить в случае необходимости его доставку к лечебно-профилактическому учреждению;

- сообщить о том, которое произошло работодателю, руководителю первичной организации профсоюза, членом которого является пострадавший, или уполномочено наемными работниками лицо по вопросам охраны труда, если пострадавший не является членом профсоюза;

- сохранить к прибытию комиссии по расследованию (комиссии по специальному расследованию) несчастного случая обстановку на рабочем месте и оборудование в таком состоянии, в котором они были на момент несчастного случая (если это не угрожает жизни или здоровью других работников и не приведет к более тяжелым последствиям), а также принять меры относительно недопущения подобных случаев.

Лечебно-профилактическое заведение должно о каждом обращении пострадавшего с ссылкой на несчастный случай на производстве без направления предприятия передать на протяжении суток с использованием средств связи экстренное сообщение по форме согласно дополнению 1:

- предприятию, где работает пострадавший;
- рабочему органу исполнительной дирекции Фонда за местонахождением предприятия, где работает пострадавший, или за местом наступления несчастного случая с лицом, которое обеспечивает себя работой самостоятельно;

- учреждению госсанэпидслужбы, которое обслуживают предприятие, где работает пострадавший, или такому учреждению по месту наступления несчастного случая с лицом, которое обеспечивает себя работой самостоятельно, - в случае выявления острого профессионального заболевания (отравление).

Работодатель, получив сообщение о несчастном случае, обязан немедленно:

1. Сообщить о несчастном случае с использованием средств связи:

- рабочий орган исполнительной дирекции Фонда по месту расположения предприятия по установленной Фондом формой;

- предприятие, где работает пострадавший, если пострадавший является работником другого предприятия;

- органы государственной пожарной охраны по месту расположения предприятия - в случае несчастного случая, который произошел в результате пожара;

- учреждение госсанэпидслужбы, которая обслуживает предприятие (в случае выявления острого профессионального заболевания (отравление));

2. Создать приказом комиссию по расследованию несчастного случая в составе не меньше чем три человека и организовать расследование.

В состав комиссии включаются руководитель (специалист) службы охраны труда или должностное лицо, на которого работодателем положено выполнение функций специалиста по вопросам охраны труда (глава комиссии), руководитель структурного подразделения предприятия, на котором произошел несчастный случай, представитель рабочего органа исполнительной дирекции Фонда по месту расположения предприятия (по согласию), представитель первичной организации профсоюза, членом которого является пострадавший, или уполномочено наемными работниками лицо по вопросам охраны труда, если пострадавший не является членом профсоюза, другие лица - в случае необходимости.

В случае наступления несчастного случая с тяжелыми последствиями, в том числе с возможной инвалидностью пострадавшего, в состав комиссии обязательно включается представитель рабочего органа Фонда за местонахождением предприятия.

В состав комиссии не может включаться руководитель работ, который непосредственно отвечает за состояние охраны труда на рабочем месте, где произошел несчастный случай.

В случае выявления острого профессионального заболевания (отравление) в состав комиссии включается также представитель учреждения госсанэпидслужбы, которая обслуживает предприятие, и рабочего органа исполнительной дирекции Фонда за местонахождением предприятия.

На предприятиях, где нет структурных подразделений, в состав комиссии включается представитель работодателя.

Комиссия обязана в течение трех суток:

- обследовать место несчастного случая, получить объяснение пострадавшего, если это возможно, опросить свидетелей несчастного случая и причастных к нему лиц;
- определить соответствие условий труда и его безопасности требованиям законодательства об охране труда;
- выяснить обстоятельства и причины несчастного случая;
- определить, связан ли этот случай с производством;
- установить лица, которые допустили нарушение требований законодательства об охране труда, разработать мероприятия по предотвращению подобных несчастных случаев;
- составить акт расследования несчастного случая по форме Н-5 согласно дополнению 2 в трех экземплярах (далее - акт формы Н-5), а также акт о несчастном случае, связанном с производством, по форме Н-1 согласно дополнению 3 в шести экземплярах (далее - акт формы Н-1), если этот несчастный случай признан таким, который связан с производством и передать их на утверждение работодателю;

- в случае выявления острого профессионального заболевания (отравление), связанного с производством, кроме акта формы Н-1 составить также в четырех экземплярах карту учета профессионального заболевания (отравление) по форме П-5 согласно дополнению 4 (далее - карта формы П 5).

Акты формы Н-5, Н-1 подписываются председателем и всеми членами комиссии. В случае несогласия с содержанием отмеченных актов член комиссии в письменном виде выражает свое отдельное мнение, которое добавляется к акту формы Н-5 и есть его неотъемлемой частью, о чем делается запись в акте формы Н-5.

В случаях возникновения потребности в проведении лабораторных исследований, экспертизы, испытаний для установления обстоятельств и причин несчастного случая срок расследования может быть продлен по согласованию с территориальным органом Государственного комитета по контролю за охраной труда по месту нахождения предприятия, но не более чем на месяц, о чем работодатель выдает приказ.

Признаются связанными с производством несчастные случаи, которые произошли с работниками во время выполнения трудовых обязанностей, в том числе в командировке, а также произошли в период:

- пребывание на рабочем месте, на территории предприятия или в другом месте, связанном с выполнением работы, начиная с момента прибытия работника на предприятие к его отбыванию, который должен фиксироваться в соответствии с требованиями, правилами внутреннего трудового распорядка предприятия, в том числе в течение рабочего и сверхурочного времени, или выполнения заданий работодателя в нерабочее время, во время отпуска, в выходные, праздничные и нерабочие дни;

- подготовки к началу работы и приведения в порядок рабочего места по окончании производственного процесса, выполнение мероприятий личной гигиены, передвижения по территории предприятия перед началом работы и после ее окончания;

- проезду на работу или с работы на транспортном средстве, которое принадлежит предприятию, или на другом транспортном средстве, предоставленном работодателем;

- использование собственного транспортного средства в интересах предприятия из разрешения или по поручению работодателя в установленном работодателем порядке;

- выполнение действий в интересах предприятия, на котором работает пострадавший, то есть действий, которые не принадлежат к трудовым обязанностям работника (представления необходимой помощи другому работнику, действий относительно предотвращения аварий или спасания людей и имущества предприятия, других действий по распоряжению или поручению работодателя);

- ликвидации аварии, последствий чрезвычайной ситуации техногенного и естественного характера на производственных объектах и транспортных средствах, которые используются предприятием;

- представление необходимой помощи или спасание людей, выполнения действий, связанных с предотвращением несчастных случаев с другими лицами в процессе выполнения трудовых обязанностей;

- предоставление предприятием шефской помощи;

- пребывание в транспортном средстве или на его стоянке, в том числе во время переменного отдыха, если наступление несчастного случая связано с выполнением пострадавшим трудовых обязанностей или с влиянием на него опасных или вредных производственных факторов или среды;

- прохождение работника к объекту обслуживания за утвержденными маршрутами или к любому объекту по поручению работодателя;

- прохождение к месту командировки в соответствии с установленным заданием.

Признаются связанными с производством также случаи внезапного ухудшения состояния здоровья работника или его смерти в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности во время пребывания на подземных

работах (добыча полезных ископаемых, строительство, реконструкция, техническая переоснастка и капитальный ремонт шахт, рудников, рудников, метрополитенов, подземных каналов, тоннелей и других подземных сооружений, геологоразведочные работы, которые проводятся под землей) или после выведения работника на поверхность с признаками острой сердечно-сосудистой недостаточности, которая подтверждена медицинским заключением.

Медицинское заключение относительно связи ухудшения состояния здоровья работника с влиянием на него опасных или вредных производственных факторов или относительно противопоказания по состоянию здоровья работника выполнять отмеченную работу кажется лечебно-профилактическим учреждением по месту лечения пострадавшего на запрос работодателя или головы комиссии.

Не признаются связанными с производством несчастные случаи, которые произошли с работниками:

- по постоянному местожительству на территории полевых и вахтенных поселков;
- во время использования ими в личных целях транспортных средств, машин, механизмов, оборудования, инструментов, которые принадлежат или используются предприятием (кроме случаев, которые произошли в результате их неисправности);
- в результате отравления алкоголем, наркотическими средствами, токсичными или ядовитыми веществами, а также в результате их действия (асфиксия, инсульт, остановка сердца и т.п.), при наличии соответствующего медицинского заключения, если это не связано с применением таких веществ в производственных процессах;
- в случае алкогольного, токсичного или наркотического опьянения, не предопределенного производственным процессом, которое стало основной причиной несчастного случая из-за отсутствия технических и организационных причин его наступления;

- во время совершения ими преступления, что установлено обвинительным приговором суда;

- в случае самоубийства.

Контроль за своевременностью и объективностью расследования несчастных случаев, их документальным оформлением и учетом, выполнением мероприятий по устранению причин несчастных случаев осуществляют органы государственного управления, органы государственного надзора за охраной труда, исполнительная дирекция Фонда и его рабочие органы в соответствии с компетенцией.

Общественный контроль осуществляют профсоюзы через свои выборные органы и представителей, а также уполномоченные наемными работниками лица по вопросам охраны труда.

Отмечены в этом пункте органы и лица имеют право требовать в пределах своей компетенции от работодателя проведения повторного (дополнительного) расследования несчастного случая, утверждения или пересмотра утвержденного акта формы Н-5, акта формы Н-1 (или формы НПВ), признания несчастного случая связанным с производством и складень акта формы Н-1, если ими обнаружено нарушение требований этого Порядка или других нормативно правовых актов из охраны труда.

Должностное лицо органа государственного надзора по охране труда имеет право в случае отказа работодателя составить или утверждать акт формы Н-5, акт формы Н-1 или несогласия пострадавшего или лица, которое представляет его интересы, с содержанием акта формы Н-5, акта формы Н -1 (или формы НПВ), поступление жалобы или несогласия с выводами расследования об обстоятельствах и причинах несчастного случая или сокрытия несчастного случая выдавать обязательные для выполнения работодателем или рабочим органом исполнительной дирекции Фонда - в случае несчастного случая с лицом, которое обеспечивает себя работой самостоятельно, предписания относительно необходимости проведения расследования (повторного расследования) несчастного случая, утверждения

или пересмотра утвержденного акта формы Н-5, акта формы Н-1 (или формы НПВ), признания или непризнание несчастного случая связанным с производством и складень акта формы Н-1 (или формы НПВ).

Решение должностного лица органа государственного надзора за охраной труда может быть обжаловано в судебном порядке. На время рассмотрения дела в суде действие предписания прекращается.

Работодатель обязан в пятидневный срок после получения предписания выдать приказ о выполнении предложенных в предписании мероприятий, а также привлечь к ответственности работников, которые допустили нарушение законодательства об охране труда. О выполнении этих мероприятий работодатель сообщает в письменном виде орган государственного надзора за охраной труда, должностное лицо которого выдало предписание, в установленный им срок.

Специальное расследование несчастных случаев.

Специальному расследованию подлежат:

- несчастные случаи со смертельными последствиями;
- групповые несчастные случаи, которые произошли одновременно с двумя и больше работниками, независимо от степени тяжести повреждения их здоровья;
- случаи смерти работников на предприятии;
- случаи исчезновения работников во время выполнения трудовых (должностных) обязанностей;
- несчастные случаи с тяжелыми последствиями, в том числе с возможной инвалидностью пострадавшего (по решению органов государственного надзора по охране труда).

Отнесение несчастных случаев к таким, которые повлекли тяжелые последствия, в том числе несчастных случаев с возможной инвалидностью пострадавшего, осуществляется в соответствии с Классификатором распределения травм по степени тяжести, что утверждается МОЗ.

О групповом несчастном случае, несчастный случай со смертельным следствием, несчастный случай с тяжелым последствием, случаю смерти работника на предприятии, а также случаю исчезновения работника во время выполнения им трудовых (должностных) обязанностей работодатель обязан немедленно передать с использованием средств связи сообщение по форме согласно дополнению 4:

- территориальному органу государственного надзора по охране труда по месту нахождения предприятия;
- органу прокуратуры по месту наступления несчастного случая;
- рабочему органу исполнительной дирекции Фонда по месту нахождения предприятия;
- органу, к сфере управления которого принадлежит предприятие (в случае его отсутствия - местной государственной администрации);
- учреждению государственной санитарно-эпидемиологической службы, которая обслуживает предприятие (в случае острых профессиональных заболеваний (отравлений));
- первичной организации профсоюза, членом которого является пострадавший;
- органу по вопросам защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций за местом наступления несчастного случая и другим органам (в случае необходимости).

О групповом несчастном случае, несчастный случай со смертельным следствием, несчастный случай, который повлек тяжелые последствия, а также о случае смерти или исчезновения во время выполнения работ лица, которое обеспечивает себя работой самостоятельно, рабочий орган исполнительной дирекции Фонда обязан немедленно передать с использованием средств связи сообщение по форме согласно дополнению 4:

- территориальному органу государственного надзора по охране труда по месту наступления несчастного случая;
- органу прокуратуры по месту наступления несчастного случая;

- местной государственной администрации;
- учреждению госсанслужбы по месту наступления несчастного случая - в случае острых профессиональных заболеваний (отравлений);
- органу по вопросам защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций и другим органам (в случае необходимости).

Специальное расследование несчастного случая проводится комиссией по специальному расследованию несчастного случая, которая назначается приказом руководителя территориального органа государственного надзора по охране труда по месту нахождения предприятия или за местом наступления несчастного случая, если он произошел с лицом, которое обеспечивает себя работой самостоятельно, в результате дорожно-транспортного события ли.

В состав специальной комиссии включаются:

- должностное лицо территориального органа Государственного надзора по охране труда (глава комиссии);
- представитель рабочего органа исполнительной дирекции Фонда по месту нахождения предприятия или за местом наступления несчастного случая;
- представитель органа, к сфере управления которого принадлежит предприятие, а в случае его отсутствия - местной государственной администрации;
- руководитель (специалист) службы охраны труда предприятия или другой представитель работодателя;
- представитель первичной организации профсоюза предприятия, членом которого является пострадавший, или уполномочено наемными работниками лицо по вопросам охраны труда, если пострадавший не является членом профсоюза;
- представитель профсоюзного органа высшего уровня;

- представитель учреждения госсанэпидслужбы, которая обслуживает предприятие, или такого учреждения по месту наступления несчастного случая;

- представитель инспекции государственного технического надзора Минагрополитики - если несчастный случай произошел во время эксплуатации зарегистрированных в инспекции сельскохозяйственных машин (трактора, самоходные шасси, самоходные сельскохозяйственные, дорожно-строительные и мелиоративные машины, тракторные прицепы, оборудование животноводческих ферм, посевные и сборительные машины).

В зависимости от количества погибших, характера и возможных последствий аварии в состав специальной комиссии могут быть включены специалисты органа по вопросам защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, представители органов здравоохранения и других органов.

Специальное расследование группового несчастного случая, во время которого погибло 5 и больше лиц или травмировано 10 и больше лиц, проводится специальной комиссией, которая назначается приказом Государственного надзора за охраной труда. В состав этой комиссии включаются руководители Государственного надзора по охране труда, органа, к сфере управления которого принадлежит предприятие, местного органа исполнительной власти, исполнительной дирекции Фонда, отраслевого или территориального объединения профсоюзов, работодателя, представители первичных организаций профсоюзов, членами которых являются потерпевшие, или уполномоченные наемными работниками лица по вопросам охраны труда, если потерпевшие не являются членами профсоюзов, соответствующего органа по вопросам из защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций (в случае необходимости), органов здравоохранения и других органов.

В случае, если Кабинетом Министров Украины принято специальное решение относительно образования комиссии по расследованию группового

несчастного случая (аварии, которая привела к несчастным случаям), главой специальной комиссии назначается должностное лицо Государственного надзора за охраной труда, который входит в состав комиссии, образованной Кабинетом Министров Украины.

Специальное расследование несчастного случая проводится в течение 10 рабочих дней. В случае необходимости срок специального расследования может быть продлен органом, который назначил специальную комиссию.

Специальная комиссия обязана:

- обследовать место, где произошел несчастный случай, получить письменные или устные объяснения от работодателя и его представителей, должностных лиц, работников предприятия, пострадавшего, если это возможно, опросить другие лица - свидетелей несчастного случая и лиц, причастных к нему;

- определить соответствие условий труда и его безопасности требованиям законодательства об охране труда;

- выяснить обстоятельства и причины несчастного случая;

- определить, связан ли этот случай с производством;

- установить лица, которые допустили нарушение требований законодательства об охране труда, а также разработать мероприятия по предотвращению подобных несчастных случаев.

За результатами специального расследования складываются: акт формы Н-5 и Н-1 относительно каждого пострадавшего, протокол обзора места события, эскиз места несчастного случая, протокол опроса потерпевших, свидетелей и других лиц.

Отчетность и информация о несчастных случаях, анализе их причин

Работодатель на основании актов формы Н-1 и формы НПВ подает соответствующим организациям государственную статистическую отчетность о потерпевших за формой, утвержденной Государственным комитетом статистики, и несет ответственность за ее достоверность.

Работодатель обязан проводить анализ причин несчастных случаев по итогам квартала, полугодия и года и разрабатывать и выполнять мероприятия по предотвращению подобных случаев.

Органы, к сфере управления которых принадлежат предприятия, местные госадминистрации обязанные на основании актов формы Н-1 проводить анализ обстоятельств и причин несчастных случаев по итогам каждого полугодия и года в целом, сообщать его результаты предприятиям, которые принадлежат к сфере их управления, а также разрабатывать и выполнять мероприятия по предотвращению подобных случаев.

Органы государственного управления охраной труда, органы государственного надзора по охране труда, исполнительная дирекция Фонда и ее рабочие органы, профсоюзы проверяют в пределах своей компетенции эффективность работы из профилактики несчастных случаев.

Предприятия и органы, к сфере управления которых они принадлежат, а также рабочие органы исполнительной дирекции Фонда ведут учет всех несчастных случаев.

Государственный надзор по контролю охраны труда, другие центральные органы исполнительной власти, местные госадминистрации ведут оперативный учет несчастных случаев, которые подлежат специальному расследованию.

Органы государственной пожарной охраны ведут учет лиц, которые пострадали во время пожаров, а учреждения госсанэпидслужбы и рабочие органы исполнительной дирекции Фонда - учет лиц, которые пострадали от острых профессиональных заболеваний (отравлений).

Сбор статистических данных и разработывание форм государственной статистической отчетности о лицах, которые пострадали от несчастных случаев на предприятиях, осуществляют органы государственной статистики.

Расследование и учет аварий.

Расследование проводится в том случае, если произошла:

- 1) авария первой категории, в результате которой:

- погибло 5 или травмировано 10 и больше лиц;
- произошли выбросы ядовитых, радиоактивных и опасных веществ за пределы санитарно-защитной зоны предприятия;
- увеличилась концентрация загрязняющих веществ в окружающей естественной среде более чем в 10 раз;
- разрушены здания, сооружения или основные конструкции объекта, что создало угрозу для жизни и здоровья работников предприятия или населения;

2) аварии второй категории, в результате которой:

- погибло до 5 или травмировано от 4 до 10 лиц;
- разрушены здания, сооружения или основные конструкции объекта, что создало угрозу для жизни и здоровья работников цеха, участка предприятия с численностью работающих 100 человек и больше.

Свидетель аварии должен немедленно известить об аварии непосредственного руководителя работ или другого должностного лица предприятия, которое обязано поинформировать работодателя.

Работодатель или лицо, которое руководит производством во время изменения, обязанная действовать в соответствии с планом ликвидации аварии, принятия первоочередных мер для спасания потерпевших и представления им медицинской помощи, предотвращения последующего развития аварии, установления пределов опасной зоны и ограничения доступа к ней людей.

Работодатель обязан немедленно сообщить об аварии территориальному органу Государственного комитета по контролю охраны труда, орган, к сфере управления которого принадлежит предприятие, соответствующую местную госадминистрацию, штаб гражданской обороны и из чрезвычайных ситуаций, прокуратуру за местом возникновения аварии и соответствующий профсоюзный орган, а в случае травмирования или гибели работников также соответствующий рабочий орган исполнительной дирекции Фонда.

Если по поводу расследования аварии, которая не повлекла несчастные случаи, не принято специальное решение Кабинета Министров Украины, расследования проводится комиссиями, которые образуются:

- в случае аварии первой категории - приказом центрального органа исполнительной власти или распоряжением местной госадминистрации по согласованию с соответствующими органами государственного надзора по охране труда и МЧС;

- в случае аварии второй категории - приказом руководителя органа, к сфере управления которого принадлежит предприятие, или распоряжением местной госадминистрации по согласованию с соответствующими органами государственного надзора за охраной труда и МЧС.

Главой комиссии назначается представитель органа, к сфере управления которого принадлежит предприятие, или представитель органа государственного надзора за охраной труда или МЧС.

В ходе расследования комиссия определяет характер аварии, выясняет обстоятельства и причины, устанавливает факты нарушения требований законодательства об охране труда, гражданской обороны, правил эксплуатации оборудования и технологических регламентов, определяет качество выполнения строительно-монтажных работ или отдельных узлов и конструкций, их соответствие требованиям технических и нормативных документов и проекта, устанавливает лица, которые несут ответственность за возникновение аварии, определяет мероприятия по ликвидации ее последствий и предотвращению таких случаев.

Комиссия обязана в течение десяти рабочих дней расследовать обстоятельства и причины аварии и составить акт по форме Н-5 согласно. Убыток, причиненный аварией, определяется с учетом сведений о материальных потерях.

Работодатель в соответствии с требованиями законодательства по вопросам защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций и охраны труда утверждает:

- план предотвращения чрезвычайных ситуаций, в котором определяются возможные аварии и другие чрезвычайные ситуации техногенного и естественного характера, прогнозируются последствия, предусматриваются мероприятия по их ликвидации, сроки выполнения этих мероприятий, а также силы и средства, которые привлекаются с этой целью;

- план ликвидации аварий (чрезвычайных ситуаций), в котором определяются все возможные аварии и другие чрезвычайные ситуации, действия должностных лиц и работников предприятия в случае их наступления, обязанности личного состава аварийно-спасательных служб или работников других предприятий, которые вовлекаются в ликвидацию чрезвычайных ситуаций.

Работодатель обязан проанализировать причины аварии и разработать мероприятия по предотвращению таких случаев.

Тема 7

ГИГИЕНА И ОХРАНА ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЯХ

1. Учебная цель:

1.1. Ознакомиться с современными правилами работы в отдельных структурных подразделениях ЛПЗ и высших медицинских учебных учреждениях.

1.2. Знать особенности труда в акушерском, хирургическом отделениях и стоматологическом кабинете.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знать:

2.1.1. Основы санитарно-гигиенического режима в роддоме, хирургических отделениях и стоматологическом кабинете.

2.1.2. Требования к охране труда медиков-хирургического профиля.

2.1.3. Особенности строительства и эксплуатации хирургических стационаров.

2.1.4. Требования к планированию роддомов, стоматологических кабинетов.

2.2. Уметь:

2.2.1. Определять факторы стресса персонала при работе в операционной хирургического стационара и роддоме, сформулировать профилактические мероприятия.

2.2.2. Сформулировать мероприятия, направленные на оздоровление медицинского персонала (создание комнат отдыха, психологической разгрузки; формирование групп здоровья).

2.2.3. Сформулировать комплекс мероприятий по предупреждению инфицирования медицинского персонала в хирургических стационарах и роддомах.

3. Вопросы для самоподготовки:

- 3.1. Требования к санитарно-гигиеническому режиму в роддомах.
- 3.2. Требования к охране труда врачей хирургического профиля.
- 3.2. Особенности труда врачей-стоматологов.
- 3.3. Правила и требования к строительству, эксплуатации роддомов, хирургических стационаров.
- 3.4. Охрана труда в условиях женской консультации, акушерского стационара.
- 3.5. Профилактические мероприятия по физическим нагрузкам и нервному истощению акушерки.
- 3.6. Индивидуальные средства защиты акушерки родильного зала.
- 3.7. Работа медицинских работников хирургических отделений.
- 3.8. Факторы стресса в операционной. Нервное истощение хирургов: негативное влияние на организм, профилактика.

4. Литература

4.1. Основная:

- 4.1.1. Охрана труда в медицинской отрасли : навч.-метод. посіб. / О.П. Яворовский, М.И. Веремей, В.И. Зенкина и др. – К. : ВСВ “Медицина”, 2015. – 208 с.
- 4.1.2. Безопасность жизнедеятельности, основы охраны труда: навч. посіб. / О.П. Яворовский, В.М. Шевцова, В.И. Зенкина и ін.; за заг. ред О.П. Яворовского. – К.: ВСВ “Медицина”, 2015. – 288 с.
- 4.1.3. Безопасность жизнедеятельности, основы охраны труда: Учебно-методический посібник/ упор.: О.П. Яворовский, В.М. Шевцова, Г.А. Шкурко и ін.- Черкассы: издатель Чабаненко ю.А., 2012. – 232 с.
- 4.1.4. Гигиена труда: Учебник / Ю.И. Кундиев, О.П. Яворовский, А.М. Шевченко и ін.; за редакторшу акад. НАН Украины, НАМН Украины, проф. Ю.И. Кундиева, чл-кор. НАМН Украины проф. О.П.Яворовского.- К.: ВСВ “Медицина”, 2011.- 904с.

4.1.4. Братанюк Л.Е. Основы права и законодательства в здравоохранении: учебник. — К.: Медицина, 2010. — С. 215-222.

4.1.5. Назарова, И.Б. Физиологическое акушерство: учебник / И.Б. Назарова, В.Б. Самойленко. — К.: Медицина, 2009. — С. 35, 36, 40, 52-54.

4.1.6. Касевич Н.М. Охрана труда и безопасность жизнедеятельности медицинских работников: учебник / Н.М. Касевич, К.И. Шаповал. — 3-е вид., перераб. и доп. — К.: ВСВ «Медицина», 2013. — 264 с.

4.2. Дополнительная:

4.2.1. Бровченко Т. Инструкция из охраны труда для персонала операционного блока / Т. Бровченко // Практика управления медицинским заведением. — 2013. — № 7. — С. 74-79

4.2.2. Бровченко Т. Инструкция из охраны труда для фельдшера-лаборанта / Т. Бровченко // Журнал главной медицинской сестры. — 2013. — N 4. — С. 72-77

4.2.3. Бровченко Т. Инструкция из охраны труда для хирурга / Т. Бровченко // Практика управления медицинским заведением. — 2013. — № 6. — С. 75-78

4.2.4. Инструкция из охраны труда для лікаря-стоматолога-ортопеда // Управления заведением здравоохранения. — 2013. — N 1. — С. 92-97

4.2.5. Инструкция из охраны труда для персонала, который работает с ультразвуковой диагностической аппаратурой // Практика управления медицинским заведением. — 2013. — № 10. — С. 54-56

4.2.6. Компаниець А. Инструктажи по вопросам охраны труда с работниками заведений здравоохранения / А. Компаниець // Управление заведением здравоохранения. — 2013. — N 4. — С. 58-67

4.2.7. НАОП 9.1.50-5.01-88 «Типичная инструкция из охраны труда при проведении работ с лазерными аппаратами».

4.2.8. НАОП 9.1.50-5.02-88 «Типичная инструкция из охраны труда для персонала операционных блоков».

ОХРАНА ТРУДА В УСЛОВИЯХ ФАПУ, ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

Медицинские сестры и акушерки — важнейший кадровый ресурс в системе здравоохранения, потому они заслуживают наилучших, по возможности, условий труда для выполнения свои обязанностей. Чтобы уменьшить травмы спины, которых часто испытывают акушерки от избыточных физических нагрузок на организм при манипуляциях с пациентами, они должны пользоваться специальными методами, разработанными для уменьшения избыточного давления на позвоночник и туловище акушерки.

Акушерке, которая начинает свою профессиональную деятельность, необходимо приспособиться к рациональной работе, овладеть соответствующими навыками, которые будут способствовать сохранению ее здоровья и работоспособности.

Можно выделить три основных причины возникновения боли в спине акушерки: отсутствие опыта в данной работе относительно принятия соответствующей рабочей позы, напряжения и травма.

Напряжение, вызванное неудобной позой, является распространенной причиной боли в спине (например, необходимость держать оборудование или удерживать конечности пациента длительное время в операционной).

Травмы спины могут быть результатом силового напряжения во время поднятия пациента, вес которого намного больше за допустим рабочая нагрузка.

Во время поднятия пациента вручную можно применять специальные технические приемы, какие безопасные для акушерки и удобные для пациента и позволяют избежать непосредственного вертикального его поднятия.

С целью обеспечения технически благоприятных условий для работающего персонала и пациентов во время проведения физиотерапевтических процедур утвержден общий стандарт, который устанавливает правила безопасности труда и является обязательным для

выполнения в процессе проектирования, реконструкции, строительстве новых и эксплуатации действующих отделений и кабинетов. Важным условием техники безопасности является требование, согласно которому для проведения процедур из каждого вида лечения нужно оборудовать отдельные кабинеты, во время эксплуатации которых персонал должен четко следить за соответствием температуры, влажности и подвижной воздушного потока, концентрации вредных веществ и других факторов согласно установленным безопасным стандартам. С целью избежания статических электрических зарядов пол должен быть деревянным или покрытым линолеумом. Стены помещений нужно красить масляной краской светлых тонов на высоте до 2 м, другие части стен и потолка — вододисперсионной краской. Запрещено облицовывать стены керамической плиткой.

Помещение должно быть оборудовано сушильно-вытяжным шкафом, раковиной с двумя отделениями и поворотным краном с подачей холодной и горячей воды, тремя электрокипятильниками, медицинским шкафом, рабочим столом и стиральной машиной, групповым щитом с пускателем, который имеет обозначение положения “вкл.—выкл.” с вмонтированным сеточным вольтметром для переключения фаз.

Проводы, которые отходят от аппарата к пациенту, должны быть целыми, тщательным образом и качественно изолированными. Металлические корпуса и штативы приборов, которые в результате нарушения целостности и изоляции могут находиться под напряжением, следует обязательно заземлять согласно установленным инструкциям. Во время выявления любых дефектов или повреждений персонал обязан сообщить об их наличии заведующему отделением или главному врачу и сделать запись в журнале технического обслуживания, что сохраняется в кабинете. Физиотерапевтические процедуры проводят на деревянных кушетках под надзором акушерки, которая обязана следить за работой аппаратов и состоянием пациентов.

Оговорочные мероприятия во время работы с дезинфекционными препаратами

Химические препараты, которые используют для обеззараживания, передстерилизационного обрабатывания, стерилизации и дезинсекции имеют разную степень местного и общего токсичного действия. К работе с дезинфекционными препаратами допускаются лица, не младше 18 лет, которые прошли соответствующий инструктаж относительно обязанностей, техники безопасности, мероприятий профилактики случайных отравлений. Ответственной за инструктаж специально назначена главным врачом лицо. Лица с повышенной чувствительностью к используемым химическим средствам от работы с ними устраняются. Замачивание белья, посуды и других предметов в растворах дезинфекционных средств, предстерилизационная обработка и стерилизация изделий медицинского назначения химическими средствами, обрабатывания пациентов и их вещей инсектицидами осуществляют в специально выделенных помещениях, оборудованных приточно-вытяжной вентиляцией.

Рабочие растворы дезинфекционных средств готовят в хорошо проветриваемых помещениях. Хранят растворы и выдерживают в них предметы, что подлежат обрабатыванию, в плотно закрытых емкостях.

Запасы для инфекционных препаратов хранят в местах, не доступных для общего пользования, в темной посуде, в сухом неосвещенном прохладном помещении. Все дезинфекционные средства и растворы должны иметь этикетки с указанием названия, концентрации, даты изготовления и срока пригодности.

В отделениях дезинфекционные средства и их растворы хранят взаперти отдельно от лечебных препаратов в местах, не доступных для детей и лиц, которые не занимаются дезинфекцией.

Стресс. Нервное истощение

Нередко акушерка чувствует физическую, эмоциональную перегруженность, душевную усталость. Это приводит к тому, что у нее

появляются признаки стресса, которые могут впоследствии проявиться язвой желудка, гипертонической болезнью, расстройством сна. В последние годы подобные проблемы привлекают все больше внимания. Исследования показали: акушерки испытывают нервное истощение и составляют группу риска раннего уровня смертности, что более высокий от среднего. Как выяснилось, причиной стресса среди акушерок могут быть избыточные нагрузки на рабочем месте, напряжены отношения с администраторами и коллегами.

Требования к профессионализму работы медицинских сестер и акушерок слишком больших как со стороны пациентов и членов их семей, так и со стороны коллег и администрации. Работа, которая не способствует самостоятельному осмыслению ситуаций, принятию соответствующих решений и сводится к механическому выполнению распоряжений, может спровоцировать стрессы и заболевания.

Стресс может проявляться как физическими, так и психическими расстройствами. Физическими симптомами стресса может быть появление висипки на коже, головной боли, артериальной гипертензии, язвенной болезни, бессонницы, а психическими — ощущение тревоги, беспокойства, депрессия. Условия труда являются стрессовыми тогда, когда существует дисбаланс между требованиями и возможностями. Развитие стресса может зависеть от нереализованных способностей и желаний.

Для женщин главным фактором возникновения стресса является потребность совмещать обязанности ведения домашнего хозяйства и беспокойство о семье с требованиями, которые предъявляются на рабочем месте. Невозможность удовлетворить все предъявленные требования приводит к развитию стресса так же, как и ситуация, когда работник не должен возможности показать, на что он способен.

Факторы стресса в операционной

Медицинские сестры, которые работают в операционной, испытывают умеренное действие стрессов. Специфическими факторами стресса признано:

- бестактное, обидчивое поведение врачей;
- испорчено оборудование;
- отсутствие понимания потребности совершенствования узкой специализации медицинских сестер, которые связаны с работой в операционной;
- нарушение правил размещения оборудования и невозможность найти его в нужный момент;
- несоответствие снабжения медикаментов, перевязочного материала, белья запросам работы;
- наличие в бригаде недобросовестных работников;
- исчезнувшие тампоны или инструменты во время операции;
- остановку сердца или дыхание пациента;
- загрязнено в процессе оперативного вмешательства оборудования;
- недостаточность понимания администрацией необходимости использования в операционной специально подготовленных высококвалифицированных медицинских сестер;
- перебежал в операционной нескольких безотлагательных состояний.

Профилактика нервного истощения

Если в акушерки появились некоторые из перечисленных общих симптомов нервного истощения, необходимо проанализировать другие аспекты жизни и установить факторы развития нервного истощения. Например, если акушерка истощена физически, то, возможно, она нерационально тратит свои силы и ей стоит пересмотреть круг своих должностных обязанностей. Если симптом эмоциональное перенапряжение, то необходимо проанализировать такие проблемы, как семейные конфликты и давление со стороны семьи. Если для акушерки мотивацией профессиональной деятельности является только денежное вознаграждение, тогда следует задуматься, для чего она работает в данном месте.

Акушерка также должна вносить свой вклад в решение этого вопроса, а именно:

- искать возможности для профессионального роста и учебы на рабочем месте;
- ставить реальные цели для роста личного и профессионального характера;
- эффективно использовать время в процессе осуществления своей деятельности;
- разграничивать рабочее и личное время для рационального его использования;
- проводить “инвентаризацию комфортности” всех позитивных сил своей жизни.

Кроме того, акушерки должны проявлять сконцентрированную настойчивость, твердость характера и научиться воспринимать эмоциональные удары с пониманием ситуации, давать толерантный ответ.

Необходимо учить акушерок психологической самой поддержки, чтобы они могли обнаруживать симптомы нервного истощения в себе и в других, пропагандировать овладение навыками психологических автотренингов и упражнениями для снятия стрессовых ситуаций. Позитивное влияние на уровень работоспособности медработников имеют комнаты психологической разгрузки.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ХИРУРГИЧЕСКИХ ВІДДІЛЕННЯХ

Работа медицинских работников хирургических отделений связана с выполнением оперативных вмешательств, диагностическими и лечебными манипуляциями, а также с влиянием неблагоприятных факторов внешней среды. Кроме того, хирурги часто чувствуют высокие физические и нервовопсихические нагрузки, которые приводят к стрессу.

Характерной особенностью трудовой деятельности медицинских работников в операционной является вынужденная рабочая поза и длительность статического напряжения. Во время операции вынужденная поза врача-хирурга сохраняется в течение 25-35 % времени. Вынужденная поза вносит изменения в конфигурацию позвоночного столба, вызывает изменения в межпозвоночных дисках, следствием которых может быть боль в разных отделах позвоночника, плечевом поясе, конечностях.

Во время операции в зоне деятельности медицинских работников в операционной нередко наблюдаются неблагоприятные микроклиматические условия, которые не обеспечивают нормальный уровень теплообмена организма с окружающей средой и комфортные теплоощущения. Причиной этому является неэффективная работа системы воздухообмена и кондиционеров.

Негативное влияние микроклимата и психоэмоционального напряжения сопровождается усилением потовыделения при выполнении оперативных вмешательств.

Частую стирку, автоклавирование, утюжку операционной одежды значительной мерой снижают воздухопроницаемость и гигроскопичность ткани.

Замена обычной одежды на изготовленную из более воздухопроницаемой ткани значительно улучшает теплоощущения, уменьшает потовыделение у хирургов.

Содержание паров этилового спирта, йода, анестетиков в воздухе операционных блоков при определенных условиях может превышать допустимые уровни в несколько раз. Неблагоприятное состояние воздушной среды создается в зоне движения хирурга, анестезиолога и операционной медицинской сестры.

При ингаляционном наркозе часть введенных в организм больной анестетиков выделяется с воздухом и попадает в атмосферу операционной, в результате чего, например, концентрация Фторотана на рабочем месте

анестезиолога составляет 98 мг/м³, хирурга — 69 мг/м³, операционной медицинской сестры — 8,7 мг/м³, что превышает санитарные нормы.

Длительное пребывание медицинских работников в неблагоприятной воздушной среде приводит к высокому содержанию анестетиков в их крови. Следствием этого могут быть головная боль, тошнота, сухость в роте, тахикардия, головокружение, быстрая утомляемость, а также некоторые жалобы невротичного характера. Биохимические показатели крови анестезиологов свидетельствуют о нарушении пигментного обмена, явления диффузного нарушения печеночной ткани. Для женщин-хирургов возникает высокая степень риска нарушений репродуктивной функции, в результате чего врачи отделений хирургического профиля должны быть отнесены к группе повышенного риска как для матери, так и для плода.

Значительная усталость, которая развивается в процессе напряженного труда, негативно влияет на функциональное состояние центральной нервной, вегетативной, сердечно-сосудистой и других систем. Психоэмоциональные наванта-жения влекут возникновение преморбидных состояний и соматических заболеваний.

Во время оценивания вредных производственных факторов больничной среды следует обратить внимание на возможность неблагоприятного влияния ионизирующего облучение. Это касается группы хирургов разных профилей, которые по условиям профессиональной деятельности могут поддаваться влиянию рентгеновского излучения. К ним принадлежат специалисты, которые работают в травматологических отделениях, в отделениях общей хирургии и специализированных отделениях хирургического лечения печени и желчных путей, а также в отделениях сердечно-сосудистой хирургии. В этих случаях необходимо решать вопрос радиационной защиты членов хирургических бригад. В момент рентгенологически исследований при выполнении диагностических и оперативных вмешательств врач может поддаваться влиянию рассеянного рентгеновского облучения или даже находиться в зоне прямого действия

лучей. Защитить медицинский персонал от рентгеновского облучения можно путем применения аппаратуры с дистанционным управлением, что дает возможность вывести хирургов из поля излучения во время проведения рентгенографии или рентгеноскопии.

Примером негативного влияния на хирургов неионизирующего излучения есть использование лазерных скальпелей достаточно высоких мощностей. Хирурги и обслуживающий персонал поддаются влиянию неблагоприятных последствий лазерного излучения при отображении его от биологических тканей и инструмента. Не исключена возможность попадания лазерного излучения на руки хирургов. Невзирая на сравнительно небольшую мощность, оно составляет определенную опасность для медицинского персонала, на который влияют значительные уровни отраженного и рассеянного излучения, в частности, при использовании лазерных фотокоагулянтов.

Данные обследований медицинских работников, которые используют в своей деятельности лазерные установки, свидетельствуют, что среди них сравнительно высокий процент лиц с функциональными расстройствами у деятельности нервной и сердечно-сосудистой систем. Данные офтальмологических обследований также свидетельствуют о значительной частоте серьезных расстройств органа зрения, таких как помутнение хрусталика, дистрофия сетчатки, деструкция стекловидного тела.

У медицинского персонала, который длительное время контактирует с лазерами, оказываются, в основном, неспецифические реакции, характер которых указывает на нарушение в деятельности регуляторных механизмов, ответственных за поддержание гомеостаза. При этом лазерное излучение является своеобразным фактором риска, который влияет на развитие и перебежал вегетативно сосудистой патологии.

УСЛОВИЯ ТРУДА ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ

Физическое состояние здоровья врачей-стоматологов непосредственно связано с гигиеническими условиями труда.

Неблагоприятные факторы, зрительное и эмоциональное напряжения, вынуждена рабочая поза, нерациональное освещение, опасность передавания инфекции, контакт с аллергенами и токсичными веществами, вибрация, шум, рентгеновское и лазерное излучения приводят к высшему уровню заболеваемости сравнительно с другими специалистами медицинской отрасли.

На гигиенические условия труда стоматологов существенно влияют расположение рабочих мест и обустройство помещений стоматологических поликлиник, отделений, кабинетов и зуботехнических лабораторий. Нормальные условия труда, как правило, есть в типичных стоматологических поликлиниках, где набор помещений, их планирования и размеры отвечают гигиеническим требованиям.

В стоматологических кабинетах, которые размещены в приспособленных помещениях, нередко не придерживаются норм площадей как для основного стоматологического кресла, так и для дополнительного. К наиболее частым недостаткам можно отнести размещение стоматологических кресел в два ряда при одностороннем освещении, в результате чего рабочие места во втором ряду кресел не имеют достаточного естественного освещения, которое нуждается в применении искусственного освещения даже в дневное время. В домах блочного строительства имеют место снижения высоты кабинета против нормируемой, что уменьшает воздушное пространство и приводит к ухудшению микроклимата.

Если во внутренней отделке стоматологических кабинетов вместо рулонных материалов для настила полов применяется плиточный пластик, то образуется большое количество швов, которые являются местом проникновения ртути, которая может привести к хронической интоксикации медицинского персонала парами ртути.

Важным гигиеническим условием поддержки нормальной работоспособности организма, его теплового самочувствия есть микроклимат рабочих помещений. Стоматологи чувствуют большую производственную нагрузку: у хирургов оно составляет 86%, у протезистов — 85%, а у терапевтов — 84% в течение рабочей смены.

В стоматологических поликлиниках (кабинетах) и в помещениях зубо-технических лабораторий наблюдаются незначительные колебания температуры воздуха в теплый период года и значительные — в холодный период года. Максимальные температуры отмечаются в кабинетах ортопедической стоматологии, что обусловлено применением в работе протезистів открытого пламени горелок. Такие ситуации также возникают в помещениях зуботехнічних лабораторий с большим количеством рабочих мест зубных техников, которые постоянно используют газовые горелки. Влажность воздуха обычно в пределах нормы во всех помещениях за исключением так называемых варочных, где наблюдается повышение влажности до 80% в результате выделения влаги в процессе полимеризации пластмасс.

Врачам-стоматологам придется совмещать умственный труд с физической, который зависит от факторов производственной среды. При этом значительная часть работы (до 90%) в стоматологии выполняется под контролем зрения. Применение люминесцентных ламп без учета спектра их излучения мешает диагностической и лечебной работе в результате искажения передавания цвету. Следовательно, рядом с общим освещением в кабинете стоматологии следует организовать рациональное освещение каждого рабочего места, а также подобрать уместную цветную гаму для оформления стен.

Гигиенический минимум естественной освещенности для помещений с длительным пребыванием людей составляет 200 лк. Наиболее приемлемыми источниками по гигиенически физиологическим позициям при люминесцентном освещении кабинетов являются лампы типов ЛД, ЛДУ и

ЛХЕ. Наилучшими источниками света для местного освещения вместо ламп накаливания являются ксеноновые и галогенные лампы, которые обеспечивают хорошее различение цвета зубов и слизевых оболочек и снижают напряжение зрительного анализатора.

В воздухе стоматологических кабинетов можно обнаружить около 100 разных соединений, однако лишь часть из них имеет более-менее значительные концентрации, за исключением акрилатів. Например, концентрация метилметакрилата увеличивается в течение рабочего дня в терапевтических кабинетах в 85-180 раз и в 2-3 раза — в ортопедических и хирургических. С целью уменьшения загрязнения воздуха готовить пломбировочные массы целесообразно в вытяжном шкафа.

Широкое внедрение в практику стоматологии скоростных бормаши́н, в том числе турбинного типа, привело к увеличению уровней высокочастотного шума и вибрации на рабочем месте стоматолога. Современные бормашины генерируют шум, общий уровень которого превышает допустимый. Вибрации при работе стоматолога имеют локальный характер и в основном действуют на кисте, которая может привести к заболеваниям костно-мышечного аппарата.

Немало стоматологических материалов, что безвредные для организма пациентов, составляют реальную опасность для здоровья медперсонала в плане сенсibilизации организма. У стоматологов с обнаруженной аллергией отмечается гиперчувствительность к антибиотикам, акрилатов и анестетиков. Причем у женщин зафиксирована высшая чувствительность к перечисленным выше препаратам, чем у мужчин.

В структуре профессиональных заболеваний у стоматологов преобладают аллергические заболевания, болезни органов дыхания, кровообращения и костно-мышечной системы. Чаще всего стоматологи страдают от шейного остеохондроза, причиной которого напряжена рабочая поза.

Тема 8

ОХРАНА ТРУДА В ОТДЕЛЬНЫХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ЛПУ И ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Учебная цель:

1.1. Ознакомиться с современными правилами работы в отдельных структурных подразделениях ЛПУ и высших медицинских учебных учреждениях.

1.2. Знать особенности труда в инфекционном, противотуберкулезном, психоневрологическом стационарах, физиотерапевтическому, патологоанатомическому (ПАВП) отделениях.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знать:

2.1.1. Основы санитарно-гигиенического режима в инфекционных отделениях и противотуберкулезных заведениях.

2.1.2. Требования к охране труда медиков в противотуберкулезных учреждениях.

2.1.3. Особенности строительства и эксплуатации физиотерапевтических и курортных учреждений, водогрязелечебниц и вспомогательных сооружений.

2.1.4. Требования к планированию и особенности труда медиков в психиатрических больницах.

2.1.5. Вредные факторы и требования к охране труда при работе в ПАВМ.

2.2. Уметь:

2.2.2. Сформулировать мероприятия, направленные на оздоровление медицинского персонала (создание комнат отдыха, психологической разгрузки; формирование групп здоровья).

2.2.3. Сформулировать комплекс мероприятий по предупреждению инфицирования медицинского персонала, который оформляется на работу к инфекционным, фтизиатрических, физиотерапевтических, патологоанатомических отделений.

3. Вопросы для самоподготовки:

3.1. Понятие "безопасная больничная среда". Требования относительно создания «безопасной больничной среды».

3.2. Охрана труда медицинских работников в системе инфекционного контроля.

3.3. Требования к санитарно-гигиеническому режиму в инфекционных отделениях

3.4. Требования к охране труда работников противотуберкулезных заведений.

3.5. Охрана труда работников психоневрологических и психиатрических больниц.

3.6. Охрана труда работников патологоанатомических отделений и моргов.

3.7. Проблемы охраны окружающей среды при разработке медико-технической документации строительства и эксплуатации физиотерапевтических и курортных учреждений, водогрязелечебниц и вспомогательных сооружений.

3.8. Правила и требования к физиотерапевтическим отделениям (кабинетов), эксплуатации и технике безопасности.

3.9. Гигиеническая оценка условий труда медицинских работников, которые обслуживают ультразвуковую аппаратуру.

3.10. Условия труда медицинского персонала, который имеет непосредственный контакт с медикаментами и агрессивными реагентами.

4. Литература

4.1. Основная:

4.1.1. Охрана труда в медицинской отрасли : навч.-метод. посіб. / О.П. Яворовский, М.И. Веремей, В.И. Зенкина и др. – К. : ВСВ “Медицина”, 2015. – 208 с.

4.1.2. Безопасность жизнедеятельности, основы охраны труда: навч. посіб. / О.П. Яворовский, В.М. Шевцова, В.И. Зенкина и ін.; за заг. ред О.П. Яворовского. – К.: ВСВ “Медицина”, 2015. – 288 с.

4.1.5. Безопасность жизнедеятельности, основы охраны труда: Учебно-методический посібник/ упор.: О.П. Яворовский, В.М. Шевцова, Г.А. Шкурко и ін.- Черкассы: издатель Чабаненко ю.А., 2012. – 232 с.

4.1.6. Гигиена труда: Учебник / Ю.И. Кундиев, О.П. Яворовский, А.М. Шевченко и ін.; за редакторшу акад. НАН Украины, НАМН Украины, проф. Ю.И. Кундиева, чл-кор. НАМН Украины проф. О.П.Яворовского.- К.: ВСВ “Медицина”, 2011.- 904с.

4.1.4. Братанюк Л.Е. Основы права и законодательства в здравоохранении: учебник. — К.: Медицина, 2010. — С. 215-222.

4.1.5. Назарова, И.Б. Физиологическое акушерство: учебник / И.Б. Назарова, В.Б. Самойленко. — К.: Медицина, 2009. — С. 35, 36, 40, 52-54.

4.1.6. Касевич Н.М. Охрана труда и безопасность жизнедеятельности медицинских работников: учебник / Н.М. Касевич, К.И. Шаповал. — 3-е вид., переробл. но допов. — К. : ВСВ “Медицина”, 2013. — 264 с.

4.2. Дополнительная:

4.2.1. Бровченко Т. Инструкция из охраны труда для персонала операционного блока / Т. Бровченко // Практика управления медицинским заведением. — 2013. — № 7. — С. 74-79

4.2.2. Бровченко Т. Инструкция из охраны труда для фельдшера-лаборанта / Т. Бровченко // Журнал главной медицинской сестры. — 2013. — N 4. — С. 72-77

4.2.3. Бровченко Т. Инструкция из охраны труда для хирурга / Т. Бровченко // Практика управления медицинским заведением. — 2013. — № 6. — С. 75-78

4.2.4. Инструкция из охраны труда для лікаря-стоматолога-ортопеда // Управления заведением здравоохранения. — 2013. — N 1. — С. 92-97

4.2.5. Инструкция из охраны труда для персонала, который работает с ультразвуковой диагностической аппаратурой // Практика управления медицинским заведением. — 2013. — № 10. — С. 54-56

4.2.6. Компаниець А. Инструктажи по вопросам охраны труда с работниками заведений здравоохранения / А. Компаниець // Управление заведением здравоохранения. — 2013. — N 4. — С. 58-67

4.2.7. НАОП 9.1.50-5.01-88 «Типичная инструкция из охраны труда при проведении работ с лазерными аппаратами».

4.2.8. НАОП 9.1.50-5.02-88 «Типичная инструкция из охраны труда для персонала операционных блоков».

5. Теоретический и практический материал

Охрана жизни и здоровья граждан в процессе их трудовой деятельности, во время выполнения служебных обязанностей — одно из важнейших заданий государства. Успешному решению его в значительной мере будут способствовать знание каждым работником основ техники безопасности и безвредной деятельности на рабочем месте и беспрекословное их соблюдение. Также каждый медицинский работник должен обязательно знать законодательные и нормативные документы, которые касаются системы здравоохранения, осторожные и безопасные технологические приемы выполнения процедур и манипуляций, требования санитарно противоэпидемического режима, радиационной безопасности, мероприятия по предотвращению стрессов и улучшению условий труда, возможности для профессионального развития профессионального соответствия.

В 1992 г. Верховная Рада Украины приняла Закон “Об охране труда”. Данный закон определил приоритетные направления реализации конституционного права граждан на охрану их жизни и здоровья в процессе трудовой деятельности, провозгласил основные принципы государственной политики в отрасли охраны труда.

Каждый гражданин имеет конституционную правую на охрану жизнь и здоровье в процессе трудовой деятельности. Эти вопросы регулируются соответствующими нормами КЗоТ, Законом Украины «Об охране труда» от 14 октября в 1992 г., другим законодательством Украины и коллективным договором. В частности, КЗоТ (ст. 153), предусматривает, что на всех предприятиях, в учреждениях, организациях должны создаваться безопасные и безвредные условия труда. Обеспечение таких условий является обязанностью работодателя.

Ст. 5 Закона Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении» обязывает государственные, общественные и другие органы, предприятия, учреждения, организации, должностные лица и граждан обеспечивать приоритетность здравоохранения в собственной деятельности, не наносить вред здоровью населения и отдельных личностей. А уже следующая, ст.6, закрепляет право на здравоохранение, что предусматривает среди других право на безопасные и здоровые условия труда.

Правовая регуляция охраны труда охватывает: разработывание и принятие общих норм охраны труда, правил техники безопасности и производственной санитарии; проведение профилактических мероприятий, направленных на создание благоприятных условий труды, которые предотвращают возникновение производственных травмирований и развитие профессиональных заболеваний, на создание благоприятных условий труда и обеспечения ее охраны на предприятиях, в учреждениях; в процессе выполнения работниками своих трудовых обязанностей; систематическое

улучшение и оздоровление условий труда непосредственно при участии самих трудовых коллективов.

Последующему совершенствованию законодательства из охраны труда, разрабатыванию научно обоснованных государственных стандартов и регламентов, строительных и санитарных норм и правил способствует деятельность ряда научно-исследовательских институтов, кафедр и научно-исследовательских центров высших учебных заведений, среди которых ведущую роль играют Национальный научно-исследовательский институт охраны труда, Институт медицины труда, Институт гигиены и медицинской экологии, Научный центр радиационной медицины, Институт государства и права, Институт экономики и т.п..

Законодательные и нормативно правовые акты, которые регламентируют вопрос охраны и безопасности труда в отрасли здравоохранения, не на полных 2% охватывают необходимое количество рабочих мест, профессий и медицинской техники. Это предопределяет значительное количество заболеваний, в том числе профессиональных, а также производственных травм у работников отрасли. Отсутствие финансирования значительно сократило возможность контролировать охрану труда на местах — непосредственно в лечебно-профилактических учреждениях.

Но нередко и сами работники не придают этому особенного значения. Если в вопросах охраны труда немного больше информирован медицинский персонал радиологических, противотуберкулезных и инфекционных отделений, диспансеров, то гораздо меньше — терапевтических отделений городских, областных и особенно районных больниц. А между тем на организм работников влияют и такие факторы, как загрязнение лекарственными веществами воздуха рабочих помещений, высокая влажность, плохая вентиляция, использование ультразвуковой аппаратуры.

Медицинские работники занимают пятое место по распространенности профессиональной заболеваемости, опережая

работников химической промышленности, и в последние годы почти на 20 % превышает общую заболеваемость в Украине. Заболеваемость на туберкулез среди тех, кто работает в противотуберкулезных отделениях, в 5—10 раз превышает заболеваемость медицинских работников. Именно туберкулез органов дыхания занимает первое место в структуре профессиональных заболеваний по отрасли, дальше — аллергические заболевания, заболевание кожи.

Поскольку медицинские заведения пополняются новой медицинской техникой, нужны нормативные акты, инструкции относительно безопасного пользования ею. Важным является улучшение условий труда на рабочих местах, особенно в хирургических, акушерско-гинекологических, радиологических, инфекционных отделениях, в противотуберкулезных диспансерах, кожно-венерических диспансерах, специализированных центрах профилактики и лечения больных СПИДОМ.

Неотъемлемой частицей для создания медицинским работникам безопасных условий труда и лечения пациентов в медицинских учреждениях является выполнение требований пожарной безопасности.

Безопасная больничная среда

Безопасная больничная среда — это идеально сформировано больничная среда, которая не наносит вред как пациентам, так и медицинским работникам.

Привычное понятие о технике безопасности на рабочем месте, к сожалению, не всегда отображает все вредные факторы, которые негативно влияют на организм человека.

Рекомендации относительно создания безопасной больничной среды:

— придерживаться требований, изложенных в нормативных приказах и документах из охраны труда, и обеспечивать профессиональную безопасность в учреждениях здравоохранения;

— обеспечивать эффективный контроль за влиянием вредных и опасных производственных факторов на рабочих местах;

- проводить изучение причин заболеваемости медицинского персонала;
- внедрить новые формы организации работы медицинского персонала, который дает возможность эффективно использовать их творческий потенциал, рабочее время;
- уменьшить частицу неквалифицированного труда;
- четко распределить функциональные обязанности и ответственность между всеми членами коллектива;
- включать вопрос профессиональной безопасности, психогигиены, методик релаксации во все виды учебы медицинского персонала разного уровня;
- принимать меры, направленные на оздоровление медицинского персонала: создание комнат отдыха, психологической разгрузки; формирование групп здоровья и т.п.;
- создать психологический комфорт в коллективе, то есть когда взаимоотношения с коллегами определяются общей целью, доверием и взаимопомощью, наличием условий для профессионального роста, правильно и справедливо настроенной системой материального и морального поощрения.

Работа с электроприборами

В учреждениях здравоохранения используют разнообразную электроаппаратуру. Для предотвращения и недопущения несчастных случаев во время работы с электроприборами необходимо придерживаться правил обустройства всего электрооборудования в соответствии с действующими “Правилами обустройства электроустановок” и “Правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок”.

Установление кипятильников, водонагревателей, электрооборудования для стерилизации инструментов, перевязочного материала, белья, а также разогрев парафина и озокерита допускается лишь в приспособленных для этого помещениях. Электрокипятильники для

кипячения инструментов должны быть с закрытыми подогревами (спиралями). Опорные поверхности стерилизаторов — быть негорючими. Стерилизаторы с воздушной прослойкой между опорной поверхностью и днищем следует устанавливать на негорючей основе.

Медицинский персонал, который работает с электроустановками, должен знать типы и классы медицинской аппаратуры и безопасно ею пользоваться. Монтаж, наладивание и подключение медицинской аппаратуры должен осуществлять специально подготовлен инженерно-технический персонал. Нужно, чтобы аппаратура была заземленной. Запрещается использовать в качестве заземлюваний устройство водопроводные трубы, трубы центрального отопления и канализации.

Медицинские работники, в обязанности которых входит обслуживания определенной электроаппаратуры, повинные пройти учебу по вопросам техники безопасности эксплуатации и аттестацию, пройти медицинский осмотр и быть пригодным к выполнению такой работы. Работники проходят вступительный, первичный и через каждые 3 мес. повторный инструктаж. Не допускается к работе с электрооборудованием персонал в возрасте до 18 лет.

На каждом рабочем месте должна быть инструкция из безопасной работы, а также мероприятия по предоставлению медицинской помощи при поражении электротоком.

Индивидуальные средства защиты

Для предотвращения производственного травматизма и возникновения профессиональных заболеваний необходимо пользоваться индивидуальными средствами защиты:

- спецодежда, передник, спецобувь; средства защиты органов дыхания (противогазы, респираторы, маски);
- органов зрения, лица (защитные очки, защитные щитки);
- рук (резиновые, латексные перчатки).

Индивидуальные средства защиты должны хранить свои гигиенические и эксплуатационные свойства в течение всего времени их использования при соблюдении условий их использования и ухода за ними.

ТРЕБОВАНИЯ К ОХРАНЕ ТРУДА РАБОТНИКОВ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНИЦ (ОТДЕЛЕНИЙ)

При предоставлении медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями или с подозрением на них персонал имеет постоянный непосредственный контакт с больными, предметами досмотра, вещами и заразным материалом, риск заражения различными путями: через еду, воздух, воду, руки, внешние покровы тела, через членистоногих, грызунов и т.п. Опасность инфицирования возбудителями инфекционных болезней распространяется также на членов семей, лиц, которые проживают с ними.

Здания и отдельные помещения, входы и выходы в отдельные дома и группы помещений (смотровые кабинеты, отделы камерной дезинфекции, санитарные пропускники и т.п.) необходимо располагать с учетом сурового разграничения чистых производственных процессов от процессов, связанных с приемом и содержанием инфекционных больных.

Помещения инфекционных больниц и инфекционных отделений общих и детских больниц, а также изоляторов следует оборудовать водопроводом, канализацией, центральным отоплением, горячим водоснабжением и приточно-вытяжной вентиляцией с подогревом приточного воздуха.

Вытяжные устройства в боксах, полубоксах, изоляторах для разных инфекций необходимо отмежевывать от вытяжных устройств других помещений.

Все стоковые воды от инфекционных отделений перед спуском их в общую канализационную сеть следует обеззараживать на территории больницы (от каждого отделения отдельно). При отсутствии общегородской или поселковой канализации инфекционные больницы на своей территории

должны иметь местные канализационные устройства и очистительные сооружения.

Для персонала должны предусматриваться:

а) отдельная гардеробная (типа пропускника) из трех помещений — одно для хранения домашней одежды, второе — для спецодежды, третье — для душевой. Помещения для личной одежды и спецодежды оборудуются шкафами;

б) отдельные гардеробные (или шлюзуют, оснащенные умывальником с локтевым краном), должен быть нежный педальный спуск воды из водонаборного бачка в канализацию; необходимо предусмотреть электрополотенце и самостоятельное (за возможности) зачинення внешних дверей;

в) везде, где персонал контактирует с заразным материалом, повинные быть мило, щетки для мойки рук, полотенце и дезинфирующие растворы для обеззараживания рук;

г) отдельная посуда для приема еды, стерилизуется кипячением.

Прием инфекционных больных проводится в специально отведенных (изолированных) и оборудованных обзорных кабинетах (боксах). Одновременное ожидание приема врача двумя и больше больными в одном кабинете запрещается.

После каждого приема осуществляется тщательная влажная дезинфекция, к окончанию которой допуск в кабинет следующего больного не допускается.

Транспортное средство, которым был доставлен больной, также поддается обеззараживанию непосредственно на территории больницы.

При входе в обзорный кабинет должны быть халаты и головные уборы (колпак, косынка) для персонала и коврик, смоченный дезраствором.

Санитарная обработка больных

Из обзорного кабинета больного направляют в помещение для санитарной обработки — санпропускник. При помещении больного в боксе

санитарная обработка осуществляется в нем же. Выдача родственникам вещей больного, который поступает на лечение, без обеззараживания сурово запрещается.

Медицинский персонал (сестра, санитарка) должен проводить обработку больного и дезинфекцию санпропускника в дополнительном халате, который одевается поверх основного халата и который нужно снимать после каждой обработки. При входе и выходе обуви необходимо вытирать о коврик, смоченный дезраствором.

Перед направлением больного в соответствующее отделение стационара к получению результатов обследования на бактерионосительство он должен находиться в изоляторе в виде бокса или полубокса (шлюзуют палаты), а также в случае неустановленного диагноза. При отсутствии изолятора в больнице его устраивают в отделении в небольших обязательно отдельных палатах.

Больных в отделениях группируют таким образом, чтобы те, которые только что прибыли, не находились в одной палате с теми, которые выздоравливают.

Уборка помещений влажно механическим способом необходимо осуществлять не меньше чем дважды на сутки с использованием промаркированного инвентаря. Мусор собирают в ведра или бачки с крышками и сжигают или обеззараживают. Проветривания палат и коридоров осуществляют не меньше чем трижды на сутки.

Предметы досмотра закрепляют за больными на все время их пребывания на лечении.

Подкладные суда, горшки и т.п. после каждого использования и опорожнения должны обеззараживаться.

Наконечники для клизм, термометры, шпатели обеззараживаются после каждого использования и должны сохраняться в сосудах с дезрастворами.

Аптечная посуда также не может поступать в аптеку без предыдущего обеззараживания.

Инфицированное белье следует отправлять в мешках, предварительно пропитанных дезрастворами, в больничную прачечную. Не рекомендуется коммунальным прачечным отправлять белье инфекционных больных.

Мягкий инвентарь (одеяла, матрасы, подушки) дезинфицируют в дезкамерах.

Столовую посуду, очищенную от остатков еды, опускают в баки для обеззараживания термическим или химическим путем, после чего его моют в чистом отделении буфетной. Остатки еды обеззараживаются путем кипячения.

Игрушки для детских отделений допускаются только новые, которые легко поддаются мытью (резиновые и пластмассовые). Они не должны переходить от одного ребенка к другой без предыдущего обеззараживания. Игрушки из отделения родителям не возвращаются, о чем их необходимо предупредить.

Предметы ухода за больными и инструментарий передаются по дежурству только в обеззараженном состоянии.

Материал для лабораторного исследования от больных должен отбираться в специальный стерильный сосуд, который плотно закрывается и доставляться в лабораторию в закрытых контейнерах.

Вся использованная в лаборатории посуда собирается в специальные баки с крышками и подлежит обеззараживанию к очистке и мойке.

Посещение инфекционных больных родственниками, как правило, запрещается.

Вещи и предметы ухода за больными, которые доставляются из дома, подлежат обязательному обеззараживанию персоналом больницы.

Допуск матерей для ухода за детьми, кроме детей грудного возраста, в каждом конкретном случае осуществляется с разрешения лишь главного врача или заведующего отделением.

Возвращение родственникам вещей и посуды больных допускается лишь после обеззараживания.

Перед выпиской пациент, который выздоровел, обязательно должен принять ванну или душ.

Обеззараженная собственная одежда доставляется в комнату выписки, где он сохраняется в специальном мешке к одеванию больному.

ТРЕБОВАНИЯ К САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОМУ РЕЖИМУ В ИНФЕКЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Персонал, который обслуживает инфекционных больных, обязан выполнять целый ряд правил санитарно-гигиенического режима и требований техники безопасности (ТБ).

Это касается, в первую очередь, требований ношения спецодежды, обязательной мойки в душе по окончании работы, правил хранения спецодежды, требований личной гигиены и т.п. Например, при наличии на руках порезов и царапин необходимо одевать резиновые перчатки, которые по окончании работы подлежат обеззараживанию.

О каждом подозрительном на инфекцию случае заболевания на квартире медицинского работника, который работает в инфекционной больнице, в семье нужно немедленно сообщить главному врачу, заведующего отделением или старшую медицинскую сестру.

Обслуживающему персоналу запрещается:

- а) садиться на кровать больных;
- б) появляться в отделении без спецодежды;
- в) выходить в спецодежде за пределы отделения или надевать верхнюю одежду на спецодежду, или выносить спецодежду домой с любой целью;
- г) появляться в спецодежде в столовой или буфете;
- д) пользоваться туалетом, предназначенным для больных, посудой и другими делами, которые есть в пользовании больных;

- е) принимать еду в палатах, коридорах и лабораториях;
- е) употреблять пищевые продукты и остатки пищи от больных;
- ж) жечь в палатах, коридорах и лабораториях.

Для питья воды у персонала должна быть отдельная посуда.

Медицинское признание персонала и допуск к работе

До работы в инфекционные заведения и пыласть или отделения других учреждений принимаются лица возрастом не младше 18 лет.

Все, кого принимают на работу, должны обязательно пройти медосмотр, которым предусмотрены бактериологические обследования на бациллоносительство дифтерийных микробов и микробов группы кишечных инфекций. Кроме того, должен собираться анамнез относительно перенесенных инфекций.

Больные с открытой формой туберкулеза, на венерические и заразные болезни кожи и слизевых оболочек на работу в инфекционные больницы и отделения не принимаются.

Все без исключения работники должны проходить периодические медосмотры в зависимости от показаний, но не реже, чем 2 раза в год.

Для предупреждения заражений весь медицинский и обслуживающий персонал, который принимают на работу, должен проходить прививки против ряда инфекций, установленных для всех граждан, а при наличии соответствующих эпидемиологических показаний — профилактические прививки против особенно опасных и других инфекций (оспа, холера, туляремия, грипп, сыпной тиф).

Допуск к работе без прохождения инструктажа запрещен.

В дальнейшем не реже 1 раза в год должен проводиться повторный инструктаж из правил личной санитарной профилактики и ТБ. Инструктаж осуществляет заведующий отделения.

ТРЕБОВАНИЯ К ОХРАНЕ ТРУДА МЕДИКОВ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В целом мероприятия по обеспечению гигиенического режима для работников противотуберкулезных заведений аналогичны тем, которые приняты при работе в инфекционных больницах и отделениях. Однако есть ряд существенных отличий.

Да, лица, которые имеют дело с инфицированным материалом (работники прозекторских, бактериологических лабораторий и вивариев, зубные врачи, врачи-ларингологи и др.), обязаны носить маски.

Защитные маски должны надевать и другие работники (в перевязочных, операционных, стерилизационных, при работе с антибиотиками, в микробиологических лабораториях, при проведении специальных исследований).

Запрещено персоналу бактериологических лабораторий вести разговоры во время выполнения манипуляций.

Все работы, связанные с возможностью загрязнения рук или другими выделениями больных, повинны выполняться в резиновых перчатках.

После работы они обрабатываются кипячением или замачиванием в 0,25% активированном растворе хлорамина в течение 1 часа.

Персонал (санитарки, буфетчицы) обязан надевать прорезиненный передник при сборе грязной посуды в палатах или столовой, а также во время мойки посуды.

Дезинфекторы во время пребывания в грязной половине помещения дезкамери должны надевать халат, косынку, прорезиненный передник, рукавицы, респираторы, очки и калоши.

Изменение халатов, шапочек (косынок) проводится дважды на неделю, костюмов (платьев) — дважды на месяц. При загрязнении мокротой (харкотинням) или другими выделениями больных спецодежда заменяется немедленно.

Санитарно-гигиенические условия труда

Санитарно-гигиенические условия труда в противотуберкулезных заведениях в целом такие же, как и в других инфекционных больницах или отделениях с некоторыми особенностями, которые вытекают из специфического характера туберкулезного возбудителя.

Да, во всех противотуберкулезных стационарах должны быть такие отдельные помещения:

- для мойки и стерилизации плевательниц и обеззараживания харкотиння химическим или термическим путем;

- для аппаратов автоматической мойки и стерилизации судов и сечозбірників.

При мойке судов и мочесборников персонал должен пользоваться прорезиненным передником и резиновыми перчатками.

Санитарно просветительская работа среди больных

В противотуберкулезных учреждениях при поступлении больных, а в дальнейшем и систематически должна проводиться санитарно просветительская работа с ними, в которой первоочередное место отводится правилам поведения, обязательным для больных. При выписке больного домой разъясняются правила его поведения дома и в общественных местах, направленные на предупреждение заражения туберкулезом окружающих людей.

ОХРАНА ТРУДА МЕДИКОВ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ

Территория больничного двора должна отвечать определенным требованиям. Она должна быть отгороженной по всей границе, доступ на территорию посторонним лицам должен быть ограниченным и строго контролироваться.

Подъездные дороги и пути должны быть покрыты асфальтом, без каменных вымощенных покрытий. Необходимые эстетичное озеленение, садовые участки.

Отходы, которые остаются после инъекций аминазину, перед выброской на мусор должны обрабатываться соляной кислотой.

Помещение приемного отделения организуется по принципу санпропускника и состоит из таких помещений:

- помещение для ожидания приема;
- комната для раздевания больного;
- ванная комната;
- комната для одевания больного;
- комната для отдыха и питания дежурного персонала;
- гардеробная для персонала или встроены шкафы;
- туалеты для больных при комнате ожидания и при комнате для одевания больных;
- туалет для персонала.

Вход и выход из приемного отделения должны быть всегда закрытые на вагонный и контрольный замки.

Окна и двери приемного отделения и мебель оборудуются так же, как в отделениях для беспокойных больных.

Прием больных осуществляется дежурным медперсоналом при обязательном присутствии, кроме врача, медсестры (фельдшера) и санитаря.

Во время приема за распоряжением дежурного врача у больного в первую очередь изымают все предметы, опасные для жизни и здоровья персонала и самого пациента.

При приеме беспокойных агрессивных больных дежурный врач может применить фармакологические средства, которыми купируют возбуждение.

Отделения больницы могут быть такими:

- для беспокойных больных (возбужденных, агрессивных);
- для спокойных больных;
- для выздоравливающих больных, которые прошли основной курс лечения в других отделениях;
- соматическое — для соматически ослабленных больных;

- экспертное, для лиц, которые проходят трудовую, военную и судебно-психиатрическую экспертизу;

- для лечения лиц, больных алкоголизмом;

- туберкулезное — для больных туберкулезом с психическими проявлениями и для душевнобольных, которые одновременно болеют туберкулезом;

- соматическое — для соматических больных с психическими проявлениями;

- детское;

- инфекционное с боксами — для больных с разными инфекционными заболеваниями.

Все отделения разделяются на мужских и женских.

В состав психиатрических больниц входят: палаты для больных; процедурная комната; комната для инъекций аминазина; кабинет заведующего отделением; кабинет врача; комната старшей сестры; комната среднего дежурного персонала; буфет-роздавальня; столовая; комната для умывания; туалеты; ваннные комнаты; комната для курения; парикмахерская; зал отдыха; зал для трудотерапии; зал свиданий; гардеробные; душевые для персонала; комнаты для белья.

Особенности обустройства помещений

Полы должны покрываться линолеумом. Стены на 2/3 высоты укрывают масляной краской, они не должны иметь никаких острых выступлений.

Окна необходимо застеклить крепким ударостойким прозрачным материалом. Рамы следует применять двойные, которые не должны открываться. Двери должны быть одностворчатые, защелкнуться на вагонный психиатрический замок. Внутренние двери открываются в коридор, внешние — внутрь отделения. Двери гардеробных защелкиваются только извне.

Центральное отопление должно быть панельное, со скрытыми проводкой и приборами. Осветительные приборы монтируются на потолке с матовыми плафонами.

Водопровод и канализация также должны быть скрытыми.

Сигнализация должна быть световой и звуковой. Телефонная связь: внутренний и с выходом в город.

До работы из обслуживания психически больных не допускаются лица, младше 18 лет, а также лица, которые перенесли хронические психические заболевания.

При приеме на работу, а в дальнейшем не реже однажды на год, со всеми работниками проводится детальный инструктаж, в котором разъясняют специфические подробности работы в психоневрологических заведениях, правила внутреннего распорядка для персонала, установки относительно выполнения мероприятий по предупреждению нападений больных персоналом, знакомят персонал с их правами и обязанностями.

Администрация больницы обязана обеспечить персонал больницы санитарной одеждой, спецобувью и мерами предосторожностей в соответствии с действующими нормами и организовать регулярную стирку спецодежды.

В каждом отделении должен быть журнал для записи всех телесных повреждений, нанесенных больными персоналом.

В отделении должен находиться только персонал, занятый на дежурстве. Категорически запрещается персоналу, свободному от дежурства, находиться в отделении.

При работе персонала из аминазином обязательно руководствоваться Инструктивными указаниями относительно профилактики контактных осложнений при пользовании аминазином.

Самовольное оставление рабочего места персоналом запрещается. В случае возбуждения больных медперсонал должен помогать друг другу в успокоении больных.

ОХРАНА ТРУДА МЕДИКОВ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ И ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИХ И СУДЕБНО- ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ

Участок патологоанатомического отделения и морга (ПАВМ) должен быть расположен на расстоянии от лечебных корпусов и отдаляться от них защитной зеленой полосой (парк или сад) шириной не менее 15 м. К участку должны вести обустроенные подъездные пути с отдельным въездом, который используется, как правило, для потребностей ПАВМ.

Корпуса ПАВМ и подъезды к ним необходимо изолировать от жилых домов, и они не должны быть открытыми для созерцания из окон помещений пребывания больных и со стороны сада для больных. Расстояние от ПАВМ к другим зданиям — не меньше чем 30 м.

ПАВМ должны иметь отдельные помещения и не могут располагаться в одном здании с подсобными службами заведения или лечебными кабинетами. В помещении для сохранения трупов должны быть холодильная установка и лифт (при необходимости) для представления трупов в секционную.

Для трупов должны быть лежаки 1,8 x 0,6 м, или полки, специальные сейфы.

Для персонала ПАВМ обязательно необходимо предусмотреть душевую комнату.

Стены и перегородки — из водонепроницаемых неорганических материалов, непроницаемые для грызунов, гладкие, без щелей.

Стены кабинетов должны быть покрыты масляной краской, а стены секционной, предсекционной, комнаты для хранения трупов и санузла — иметь панели, облицовывающие глазированной плиткой.

Пол в секционной, препараторской, предсекционной и комнате для хранения трупов должен быть покрыт водонепроницаемым материалом, который поддается легкой очистке и выносливой к частой мойке, без порогов и выступлений, удобной для транспортировки трупов на каталках. Пол в

секционной должен иметь стек в канализацию или специального приемщика для стоковых вод из отделения. Пол в патогистологической и судебно-медицинской лабораториях и помещениях для врачей должна покрываться линолеумом.

Оконные рамы и двери должны краситься масляной краской. Дверные приборы должны быть пригодными для легкой очистки. В летнее время окна следует закрывать металлическими сетками от мух.

В помещениях ПАВМ есть определенные требования к водопроводу, канализации, отоплению и газоснабжению, вентиляции, освещению, мебели.

Требования по охране труда и ТБ при работе в ПАВМ связанные с рядом вредных факторов, предопределенных:

- проведением рассечений умерших от разных заболеваний (в том числе инфекционных);
- исследованием биопсийного материала, который также нередко является носителем инфекционных агентов (туберкулез, паразиты);
- рассечением и исследованием трупов экспериментальных животных, в том числе с инфекционным заболеванием;
- постоянным приложением в работе вредных для организма веществ: формалина, хлороформа, ксилола, толуола, бензола, диоксана, солей ртути, анилина но др., а также веществ, которые легко загоряются (спирт, эфир).

Все работающие проходят обязательный детальный инструктаж по безопасным методам и приемов работы. Проведение инструктаж регистрируется в соответствующем журнале. Медперсонал не должен допускаться к рассечению трупов без халатов и в обуви, которая набирает влагу. Персонал во время работы в секционной и при вырезке биопсийного материала должен пользоваться дополнительным халатом. Вся спецодежда должна сохраняться в отдельном шкафу в предсекционной или секционной.

При проведении рассечения трупов лиц, которые умерли от особенно опасных инфекций, необходимо пользоваться двойным комплектом санитарной одежды (два халата, две пары перчаток и нарукавников, две

шапочки) с марлевой маской, в резиновых чоботах и водонепроницаемому переднику, который закрывает ноги к ступням.

При вскрытии инфекционного трупа все белье, санитарная одежда и спецодежда, что касались к трупу, перед стиркой должны поддаваться дезинфікуванню независимо от вида инфекции.

Одед и белье ПАВМ должны стираться в больничной прачечной, но отдельно от других отделений. Вынос для стирки одежды домой категорически запрещен.

У ПАМВ должны быть аптечки с набором необходимых медикаментов для предоставления первой медицинской помощи.

Ядовитые вещества должны сохраняться в лабораториях в отдельных комнатах с металлическими шкапами или сейфами. Особенно токсичные средства (сулема и др.) должны сохраняться в специально выделенном внутреннем отделении шкафа или сейфа.

На окнах комнаты, где сохраняются ядовитые вещества, повинные быть железные решетки, а двери необходимо оббить железом. Ключи от комнаты и шкафов (сейфов), где сохраняются особенно ядовитые вещества, а также печать и пломбир, повинные находиться у лица, ответственного за сохранение этих речовин. Ответственным является заведующий лабораторией или лицо, уполномоченное на это приказом по заведению.

Ядовитые средства подлежат предметно количественному учету в отдельных книгах за соответствующей формой.

Все химические летучие вещества должны сохраняться в плотно закупоренных по сосудам и размещаться в отдалении от нагревов и отапливаемых приборов.

ОХРАНА ТРУДА И ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Современные аппараты для физиотерапии являются источниками электрических токов и электромагнитных полей, которые при неосторожном и неумелом использовании могут вызывать повреждение тканей организма

больных и обслуживающего персонала. Для их профилактики необходимо суровое соблюдение и выполнение персоналом физиотерапевтических отделений “Правил техники безопасности при эксплуатации изделий медицинской техники в учреждениях здравоохранения. Общие требования”, утвержденных Министерством здравоохранения СССР в 27.08.85 г. Для проведения процедур нужно использовать оборудование и аппаратуру, разрешенную к применению Министерством здравоохранения Украины и такую, которая отвечает нормативно технической документации на изделия медицинской техники.

Безопасность работы в отделении согласно ДЕРЖСТ 42-21-16-86 достигается: технологически и санитарно-гигиеническим обоснованным размещением, планированием и обработкой помещений; рациональной организацией работы и рабочих мест; использованием исправной аппаратуры и защитного оборудования, которое отвечает требованиям безопасности; соблюдением правил эксплуатации электроустановок, коммуникаций и оборудования; учебой персонала безопасным методам работы; применением эффективных средств защиты персонала.

1. До самостоятельного проведения физиотерапевтических процедур допускаются лица с законченным средним и высшим медицинским образованием, которые имеют удостоверение о прохождении специализации из физиотерапии. Проведение физиотерапевтических процедур младшим медицинским персоналом запрещается. Лица младший 18 лет к работе с электрической аппаратурой на генераторах УВЧ и НВЧ не допускаются.

2. В соответствии с приказом Министерства охраны здоровый’ я медицинский персонал физиотерапевтических отделений должен пройти обязательные предыдущие перед принятием на работу и периодические медицинские обзоры не реже, чем за один раз в 12 месяцев.

3. До работы в физиотерапевтическом отделении допускаются лица, которые прошли инструктаж из техники безопасности, что согласно приказу Министерства охраны здоровый’ я СССР № 862 от 20.08.62 г. проводится

при приеме на работу, потом ежеквартально и регистрируется в специальном журнале.

4. Для проведения процедур на каждый вид лечения должны быть оборудованы отдельные помещения, запрещается их использование не по назначению, новые работники обязаны ознакомиться с рабочим местом, режимом работы отделения и кабинетов, инструкциями к аппаратуре, правилами противопожарной безопасности. В помещениях для подготовки озокерита должны быть огнетушители.

5. Необходимо неуклонно придерживаться правил внутреннего трудового распорядка, использования, хранения, стирки и ремонта спецодежды, сдерживать чистоту в производственных помещениях, следить за работой приточно-вытяжной вентиляции, контролировать загрязнение воздуха кабинетов парафином и другими химическими веществами.

6. Медицинский персонал физиотерапевтических отделений и лица, занятые техническим обслуживанием и ремонтом аппаратуры должны быть подготовленные для предоставления первой помощи при поражении электрическим током и световым излучением.

Ответственность за обеспечение безопасной работы на физиотерапевтической аппаратуре несет заведующий отделения, который оформляет на каждый кабинет технический паспорт, который содержит перечень помещений, их оснастки и защитные устройства и разрабатывает инструкции из техники безопасности для каждого кабинета, обеспечивает наличие аптечки первой помощи.

Перед началом работы медицинская сестра обязана надеть специализированную одежду, убрать волосы под головной убор и вытянуть металлические предметы из карманов, проверить исправность всех физиотерапевтических аппаратов и заземляющих проводов, блокировочных устройств, наличие замков и предупреждающих надписей на главных распределительных электрощитах, диэлектрических ковров около рабочих мест и деревянных решеток на металлических предметах. При выявлении

дефектов она должны сообщить об этом врачу и сделать запись об обнаруженных неисправностях в контрольно-техническом журнале. До устранения дефекта проводить процедуры на неисправном аппарате запрещается.

2. По способам защиты от поражения электрическим током все аппараты разделяют на 4 класса. Аппараты 01 и I классов имеют клеммы защитного заземления с внешним контуром построения. В аппаратах II класса установлена защитная изоляция тулупа, аппараты III класса питаются от изолированного источника низкого напряжения. Для их безопасной эксплуатации необходимо строго соблюдать требование к питанию и заземлению аппаратов.

3. Ремонт физиотерапевтической аппаратуры случайными лицами категорически запрещен. До самостоятельной работы из технического обслуживания и ремонта физиотерапевтической аппаратуры могут быть допущены лица со специальным образованием.

4. Запрещается использовать в качестве заземления батареи отапливаемой системы, водопроводные и канализационные трубы. Они должны быть закрыты деревянными тулупами, окрашенными масляной краской.

5. Перед включением аппарата проверяют установку всех переключателей в начальное положение. Изменение параметров влияния или выключки аппарата допустимо только при нулевом положении ручек амплитуды или интенсивности.

6. Не допускаются к работе на лифтах, подъемниках лица, которые не имеют удостоверения на право ведения таких работ.

Требования безопасности во время работы:

1. При работе с аппаратами в хлораторній медицинский персонал должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты.

2. Металлические заземления корпуса аппаратов при проведении процедур с контактным наложением электродов нужно устанавливать вне досягаемости для больного.

3. Категорически запрещается устранять неисправности, менять предохранители и протирать панели аппаратов, включенных в сеть. Нерабочие аппараты нельзя оставлять присоединенными к сети.

4. При проведении ультрафиолетовых и лазерных облучений необходимо защищать глаза больные и медицинского персонала очками с темной расцветкой стекла и боковой защитной (кожной или резиновой) оправой. Нельзя смотреть на прямые и отраженные лазерные лучи.

В промежутке между лечебными процедурами рефлекторы облучателя с лампами должны быть закрыты заслонками, которые есть на них, а при отсутствии таких - плотными черными с белой подкладкой матерчатыми “юбками” длиной 40 см. Включенная, но не используемая лампа опускается к уровню кушетки.

5. Во время работы с лазерами необходимо соблюдать требование безопасности, изложенные в ДЕРЖСТ Р 507023-94 “Лазерная безопасность. Общие требования” и Санитарных норм и правил устройств и эксплуатации лазеров № 5804-91. Лазеры устанавливают в кабинах, завешенных шторами из светопоглощающего материала. Запрещается смотреть на прямые и зеркально отраженные лучи. В случае использования лазерного излучения видимого диапазона, а также средневолнового ультрафиолетового излучения на глаза медицинского персонала и больных необходимо надевать очки с темной расцветкой стекла и боковой защитой типа Сзс.22 (ДЕРЖСТ 124.003-74).

6. При визуальном наведении лазерного луча на очаг поражения не нужно смотреть вдоль луча через повышенную опасность поражения глаз врача светом. Работа на лазерных установках должна проводиться на площадях с ярким общим освещением. Необходимо использовать защитные

очки во всех случаях, когда есть вероятность поражения глаз прямым или отоброженным лазерным излучением.

7. При облучении инфракрасными лучами области лица на глаза больного одевают “очки” из толстой кожи или картона.

8. Ртутно-кварцевый облучатель и лампу “Солюкс” нужно устанавливать сбоку от больного, во избежание опасного падения горячих стеклянных обломков или деталей лампы (облучателя) при случайных поломках. Лампу “Солюкс” необходимо обеспечивать предохранительными проволочными сетками с окном диаметром 4-5 мм в исходном отверстии рефлекторов.

9. Запрещается проводить УВЧ-терапию при суммарном зазоре между тканями и конденсаторными пластинами свыше 6 см, без точного налаживания терапевтического контура в резонансе с генератором.

10. При проведении электропроцедур вне физиотерапевтического кабинета (в перевязочной, палате и т.п.) необходимо не допускать контакта больного с металлическими предметами. При наличии кафельного пола место медицинской сестры должен быть покрыто изоляционным материалом площадью не меньше 1 м .

11. Для кипячения инструментов, прокладок и т.п. применяют баки и дезинфекционные кипятильники только с закрытыми подогревателями. Прокладки для каждого лекарственного вещества кипятятся отдельно.

12. Перед проведением ванны (душа) необходимо обязательно измерять температуру воды в ней с помощью термометра.

13. Для разогревания парафина (озокерита) необходимо использовать специальные парафинонагревающие средства или водяную баню. Использование для этой цели открытого огня запрещается. При проведении процедур термотерапии необходимо не допускать попадания в парафин (озокерит) воды, во избежание ожогов у больных.

14. При проведении газовых ванн необходимо оберегать газовые баллоны от ударов и падений. Запрещается прикасаться к кислородным баллонам предметами, которые содержат жир и масло.

15. Сероводородные ванны необходимо проводить в изолированных отсеках из припливно- вытяжной вентиляцией.

16. Запрещается проводить ингаляции в электро- и кабинетах светолечений.

17. Во время проведения процедур медицинская сестра не имеет право отлучаться из физиотерапевтического кабинета. Она обязана постоянно следить за работой аппаратов и состоянием больных.

Требования безопасности в аварийных ситуациях:

Пренебрежение правилами эксплуатации может привести к поражению организма электрическим током (электротравмы), отморожению, ожогов, баротравмам, отравлением химическими веществами (сероводородом), облучением радиоактивными веществами (радоном).

Наибольшую опасность при проведении физиотерапевтических процедур составляет поражение электрическим током - электротравма. Она возникает при непосредственном контакте больного или медсестры с элементами аппаратов с током и проявляется в судорожном сокращении скелетных мышц, болью, резким побледнением видимой кожной сени. Дальше в зависимости от силы тока, которая проходит через ткани пострадавшего, происходит остановка дыхания, нарушения сердечного ритма и потеря сознания, которые могут привести до смерти больного. При поражении электрическим током нужно немедленно принять реанимационные меры:

1. Необходимо прекратить контакт пострадавшего с источником тока (разомкнуть электрическую цепь, выключить рубильник).

2. При расстройстве дыхания и сердечной деятельности пострадавшему в соответствии с правилом: отсасывают секрет

трахиобронхиального дерева, обеспечивают проходимость воздухоносных путей (Airway open), проводят искусственное дыхание методом “рот в рот” или “рот в нос” (Breath support) и поддерживают циркуляцию крови путем непрямого массажа сердца (Circulation support). После возобновления эффективной циркуляции крови, пораженному вводят внутривенно согласно показаниям 0,5 (0,3) мл 0,1% раствора адреналина, 0,5-1 мл 0,1% раствора атропина, 2-4 мл раствора лидокаина, 5-8 мл 25% раствора магния сульфата в 50-100 мл раствора глюкозы и 200 мл 2% раствора гидрокарбоната натрия (или трисамина).

3. Безотлагательные реанимационные мероприятия продолжают к полному возобновлению сердечной и дыхательной деятельности. При необходимости вызывают скорую помощь или врача-реаниматолога.

При возникновении ситуации, которая может привести к аварии, несчастному случаю, при выявлении электротока на корпусе аппарата, необходимо прекратить работу, выключить главный сетевой рубильник, вызывать электрика, известить о том, которое произошло администрации и контролировать устранение неисправности. При пожаре необходимо выключить аппарат, отсоединить сетевой шнур, воспользоваться огнетушителем, вызывать пожарную команду.

Требования безопасности по окончании работы:

1. По окончании рабочего дня все рубильники, выключатели аппаратов, а также вилки штепсельных розеток выключить от сети.
2. Рабочее место привести в надлежащее состояние.
3. Проверить помещение, выключить освещение (кроме дежурного), сдать рабочий одел, сделать запись в журнале о техническом состоянии аппаратуры и сообщить администрации об имеющихся неполадках и принять меры для их устранения.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, КОТОРЫЕ ОБСЛУЖИВАЮТ УЛЬТРАЗВУКОВУЮ АППАРАТУРУ

Гигиеническая оценка условий труда медицинских работников, которые обслуживают ультразвуковую аппаратуру, свидетельствует, что все они в процессе трудовой деятельности поддаются влиянию комплекса неблагоприятных факторов производственной среды. Прежде всего это влияние ультразвуку при контактной передаче, а также ряд факторов, которые усиливают неблагоприятное влияние контактного ультразвуку. К ним следует отнести статическое и динамическое напряжение мышц кисти и верхнего плечевого пояса во время однотипных движений, ультразвук, который распространяется воздушным путем, загрязнение рук контактными маслами.

Из сопутствующих факторов производственной (больничного) среды необходимо отметить нервно эмоциональное и зрительное напряжение медицинских работников. При углубленных медицинских обследованиях оказываются нарушения функционального состояния периферической нервной, сосудистой и центральной нервной систем, а также изменение кожной чувствительности, сдвиг порогов вибрационной и болевой чувствительности рук.

Более чем в половины медицинских сестер и 75 % врачей, которые используют ультразвуковую аппаратуру, отмечаются вестибулярные нарушения, которые отображают функциональные изменения в центральном отделе вестибулярного аппарата. Данными реоэнцефалографічних исследований установлено функциональное повышение тонуса сосудов головного мозга у медицинских работников со стажем работы до пяти лет.

УСЛОВИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ КОНТАКТ С МЕДИКАМЕНТАМИ И АГРЕССИВНЫМИ РЕАГЕНТАМИ

Наблюдается связь загрязнения воздуха этими веществами и заболеваемости кожных покровов у среднего медицинского персонала, уровень которой зависит от способа введения больным медикаментов и от проведенных манипуляций, которые предусматривают выполнения инъекций и вливаний (приготовление растворов лекарственных препаратов, заполнения шприцев, капельниц), а также способов обработки инструментария. Наибольшей потенциальной опасностью для здоровья медицинских сестер является работа в аэрозоль-ингаляционных и процедурных кабинетах, где применяются высокоактивные медикаменты.

Попадание аэрозолей медикаментов или продуктов их распада в воздух больничной среды происходит при проведении инъекций, вливаний, аэрозольных ингаляций, а также при мойке и стерилизации медицинского инвентарю, загрязненного лекарствами. Например, во время процедуры «сброса» врачебного раствора и пузырьков воздуха из шприца через инъекционную иглу в зоне дыхания медицинской сестры образуются полидисперсные аэрозоли. А содержание антибиотика в воздухе процедурной при многократных манипуляциях может превышать гигиенические нормы.

Длительный профессиональный контакт с разными лекарственными веществами, моющими и дезинфицирующими средствами, чаще с антибиотиками, может привести к профессиональной патологии. Клинически это проявляется изменениями со стороны кожных покровов, внутренних органов и нервной системы.

Для медицинского персонала, который имеет непосредственный контакт с медикаментами и агрессивными реагентами, характерны острые респираторные инфекции, болезни верхних дыхательных путей. Это в первую очередь обусловлено присутствием в воздухе производственных

помещений многокомпонентной медикаментозной пыли и паров агрессивных реагентов, которые имеют сенсibiliзирующие свойства и оказывают негативное влияние на систему органов дыхания. Нарушения функций респираторных органов выражаются в виде аллергического нежитю, кашля, повышения температуры и других симптомов. Кожные проявления отличаются большой варіабельністю и полиморфизмом, регистрируются, как правило, в виде дерматитов, экземы, крапивницы и тому подобное. Изменения со стороны внутренних органов выражаются в астмоїдних бронхитах и бронхиальной астме, хронических колитах, миокардитах и т. п. Патология нервной системы проявляется в виде вегето-сосудистой дистонии, сенсорной полиневралгии. В основе профессиональной патологии у медицинских сестер есть прежде всего аллергическое действие дезинфектантів и антисептиков, а также лекарственных веществ, особенно антибиотиков. Последние вызывают нарушение иммунитета, который содействует развитию дисбактериоза и другой патологии.

КОНТРОЛЬ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ТРУДА

Решение вопросов охраны и оптимизации условий труда медицинских работников необходимо начинать со стадии проектирования зданий учреждения здравоохранения и продолжать на всех стадиях их эксплуатации. Одним из важнейших разделов работы администрации заведения здравоохранения должно быть улучшение гигиенических условий и охраны труда медицинских работников.

Администрация учреждения здравоохранения должна учитывать климатические и географические условия, централизацию и взаимосвязь разных служб лечебного учреждения, рациональное использование рабочих помещений, организацию рабочих мест, создания гигиенических условий труда медицинского персонала.

Администрация ЛПУ должна контролировать состояние производственных факторов (физических, химических, биологических) на

рабочих местах медицинского персонала с проведением лабораторно-инструментальных исследований микроклимата (температура, относительная влажность, скорость движения воздуха), воздушной среды (запыленность, загазованность, бактериальное загрязнение, пары ртути и т.п.); оценивать эффективность приточно-вытяжной вентиляции, состояние естественного и искусственного освещения, уровни шума, ультразвуку, электромагнитного и рентгеновского излучения и т.п. Необходимо принимать меры относительно совершенствования рабочих мест медицинского персонала.

Эффективным средством улучшения гигиенических условий труда, преодоления усталости, сохранения стойкой работоспособности медицинского персонала является оптимизация режима труда и отдыха с организацией отдыха в специально оборудованных помещениях, что в сочетании с микроклиматическим комфортом даст возможность снять избыточное эмоциональное и психическое напряжение и в значительной мере возобновить работоспособность.

Администрация ЛПУ должна обеспечивать своих работников необходимым количеством комплектов рабочей одежды. Медицинскому персоналу необходимо придерживаться опрятности в одежде. Профессиональная одежда должна быть удобной и простой в покрое, не сдерживать движения. Медицинский персонал должен надевать чистый белый выутюженный халат, который прикрывает колени, белый платочек или шапочку, которая покрывает волосы, легкую и удобную обувь, например, тапочки.

Важное значение имеет соблюдение личной гигиены. Следует помнить, что избыточное применение косметических средств способно повлечь аллергическую реакцию. У медицинского работника ногти на руках должны быть коротко подстрижены, руки — чистыми, что нуждается в специальном уходе за ними.

Профилактические обзоры являются частью медико-профилактического обеспечения работников. Целью предупредительных

профосмотров является выявление медицинских противопоказаний к тому или другому виду трудовой деятельности и предотвращения профессиональным заболеванием.

Периодические профосмотры имеют целью обнаружить факт и степень влияния на работника вредных производственных факторов для определения необходимых реабилитационных мер.

Тема 9

ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Учебная цель:

1.1. Выучить механизмы, пути и факторы возможного инфицирования медицинских работников

1.2. Уметь разработать профилактические мероприятия по предупреждению инфицирования медперсонала.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знать:

2.1.1. Механизмы, пути и факторы возможного инфицирования медицинских работников возбудителями особенно опасных инфекций.

2.1.2. Мероприятия по предупреждению инфицирования медицинских работников гемоконтактными инфекциями.

2.1.3. Механизмы, пути инфицирования и направления профилактики туберкулеза.

2.1.4. Особенности инфицирования и направления специфической и неспецифической профилактики острых вирусных инфекций.

2.2. Уметь:

2.1.1. Разработать основные направления профилактики особенно опасных инфекций.

2.1.2. Разработать основные направления профилактики гемоконтактных инфекций.

2.1.3. Разработать основные направления профилактики туберкулеза.

2.1.4. Разработать основные направления профилактики острых вирусных инфекций.

3. Вопросы для самоподготовки:

3.1. Биологический фактор. Понятие. Метод контроля за содержанием микроорганизмов в воздухе рабочей зоны.

3.2. Классификация возбудителей инфекционных и паразитарных болезней по патогенности возбудителя. Группы патогенности. Характеристика.

3.4. Механизмы передачи инфекции (артифіціальний и естественный).

3.5. Пути и факторы инфицирования медицинских работников.

3.6. Предупреждение инфицирования медперсонала возбудителями емоконтактных инфекций.

3.7. Особенно опасные инфекционные заболевания (чума, холера, желтая лихорадка, лихорадка Эбола).

3.8. Вич-инфекция. Пути передачи. Профилактика.

3.9. Гепатиты. Профилактика.

3.10. Дифтерия. Профилактика.

3.11. Туберкулез. Профилактика.

3.12. Клещевой энцефалит. Профилактика.

3.13. Туляремия. Профилактика.

3.14. Детские инфекции. Профилактика.

3.15. Острые вирусные инфекции. Профилактика.

4. Литература

4.1. Основная:

4.1.1. Охрана труда в медицинской отрасли : навч.-метод. посіб. / О.П. Яворовский, М.И. Веремей, В.И. Зенкина и др. – К. : ВСВ “Медицина”, 2015. – 208 с.

4.1.2. Безопасность жизнедеятельности, основы охраны труда: навч. посіб. / О.П. Яворовский, В.М. Шевцова, В.И. Зенкина и ін.; за заг. ред О.П. Яворовского. – К.: ВСВ “Медицина”, 2015. – 288 с.

4.1.3. Безопасность жизнедеятельности, основы охраны труда: Учебно-методический посібник/ упор.: О.П. Яворовский, В.М. Шевцова, Г.А. Шкурко и ін.- Черкассы: издатель Чабаненко ю.А., 2012. – 232 с.

4.1.4. Гигиена труда: Учебник / Ю.И. Кундиев, О.П. Яворовский, А.М. Шевченко и ін.; за редакторшу акад. НАН Украины, НАМН Украины, проф. Ю.И. Кундиева, чл-кор. НАМН Украины проф. О.П.Яворовского.- К.: ВСВ “Медицина”, 2011.- 904с.

4.1.4. Братанюк Л.Е. Основы права и законодательства в здравоохранении: учебник. — К.: Медицина, 2010. — С. 215-222.

4.1.5. Назарова, И.Б. Физиологическое акушерство: учебник / И.Б. Назарова, В.Б. Самойленко. — К.: Медицина, 2009. — С. 35, 36, 40, 52-54.

4.1.6. Касевич Н.М. Охрана труда и безопасность жизнедеятельности медицинских работников: учебник / Н.М. Касевич, К.И. Шаповал. — 3-е вид., переробл. но допов. — К. : ВСВ “Медицина”, 2013. — 264 с.

4.2. Дополнительная:

4.2.1. Бровченко Т. Инструкция из охраны труда для персонала операционного блока / Т. Бровченко // Практика управления медицинским заведением. — 2013. — № 7. — С. 74-79

4.2.2. Бровченко Т. Инструкция из охраны труда для фельдшера-лаборанта / Т. Бровченко // Журнал главной медицинской сестры. — 2013. — N 4. — С. 72-77

4.2.3. Бровченко Т. Инструкция из охраны труда для хирурга / Т. Бровченко // Практика управления медицинским заведением. — 2013. — № 6. — С. 75-78

4.2.4. Инструкция из охраны труда для лікаря-стоматолога-ортопеда // Управления заведением здравоохранения. — 2013. — N 1. — С. 92-97

4.2.5. Инструкция из охраны труда для персонала, который работает с ультразвуковой диагностической аппаратурой // Практика управления медицинским заведением. — 2013. — № 10. — С. 54-56

4.2.6. Компаниець А. Инструктажи по вопросам охраны труда с работниками заведений здравоохранения / А. Компаниець // Управление заведением здравоохранения. — 2013. — № 4. — С. 58-67

4.2.7. Приказы МОЗ Украины № 955 от 05.11.2013 «Порядок проведения экстренной постконтактной профилактики Вич-инфекции у работников при выполнении профессиональных обязанностей».

4.2.8. НАОП 9.1.50-5.01-88 «Типичная инструкция из охраны труда при проведении работ с лазерными аппаратами».

4.2.9. НАОП 9.1.50-5.02-88 «Типичная инструкция из охраны труда для персонала операционных блоков».

4.2.10. Приказ МОЗ Украины № 955 от 05.11.2013 «Порядок проведения экстренной постконтактной профилактики Вич-инфекции у работников при выполнении профессиональных обязанностей».

4.2.11. Приказ МОЗ Украины № 148 от 17.03.2015 «Об утверждении Порядка подтверждения связи заражения Вич-инфекцией с выполнением работником своих профессиональных обязанностей».

4.2.12. Постановление КМ Украины № 637 от 29.04.13 г. «Об утверждении Государственной целевой социальной программы профилактики, диагностики и лечения вирусных гепатитов на период до 2016 года».

5. Теоретический и практический материал

Состояние охраны труда, уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости работников системы здравоохранения является серьезной социально-экономической проблемой отрасли, которая непосредственно влияет на предоставление медицинской помощи населению страны. На персонал, который работает в учреждениях здравоохранения влияют те же факторы, что и в любой другой отрасли промышленности - заболеваемость, условия и характер труда и так далее. Однако на медицинский персонал более чем в других отраслях, влияют особенности

профессиональной деятельности. Медики несут ответственность при жизни и здоровье других людей, ежедневно вступают в контакт с большим разнообразием человеческих характеров, эта профессия требует срочного принятия решений, самодисциплины, умения хранить высокую работоспособность в экстремальных условиях. Нередко лечебно-диагностические, реанимационные мероприятия, оперативные вмешательства проводятся в ночное время, которое значительно осложняет труд медицинского персонала.

I. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОПАСНЫЕ И ЖИЗНЕННО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

За последние 20 лет на эпидемиологической арене заметно проявили себя возбудители так называемых "новых" инфекционных болезней человека: Вич-инфекция, микоплазмозы, кампілобактеріоз, легіонельоз и ряд других. Отмечается рост заболеваемости социально обусловленными инфекциями, в борьбе с которыми раньше были достигнуто большие успехи: туберкулез, сифилис, малярия, дифтерия. Установлена инфекционная природа многих заболеваний, которые считались раньше традиционно соматическими. Приобрели широкое распространение внутрибольничные инфекции. Основные причины хорошо известны: формирование антибиотикоустойчивых госпитальных штаммов, нарушения противоэпидемического режима, низкая санитарная культура персонала, отставания в разработке современного дезинфектанта и стерилизующего оборудование. Распространенность госпитальных инфекций среди медицинских работников является проблемой, особенно важной на сегодняшний день.

Рассмотрим некоторые самые известные инфекционные болезни, вызванные вирусами.

Грипп - острое инфекционное заболевание, которое возникает, как эпидемия, ежегодно и характеризуется преимущественно поражением дыхательных путей и интоксикацией. Вызывается заболевание неустойчивым вирусом – через несколько часов. В условиях комнатной температуры вирус погибает. Заражение происходит в результате попадания вируса на слизевые оболочки рта и верхних дыхательных путей. Существуют много штаммов вируса гриппа - А, В, С, D и другие, а также разновидностей этих штаммов, что связано со значительной изменчивостью вируса. Грипп передается при контакте с больными людьми через мелкие капельки, которые попадают в воздух при кашле и чихании больного. Опаснейшие для окружающих больные с легкой формой гриппа, поскольку они не придерживаются домашнего режима и являются источником распространения инфекции. После скрытого периода (6-8 дней) болезнь проявляется резким повышением температуры тела, появляется сильная головная боль, боль в мышцах, бессонница, бред. Существует опасность осложнения вторичной инфекцией (например, пневмонией, воспалением среднего уха, плевритом и тому подобное), которая может привести даже до смерти. В отдельных случаях грипп вызывает осложнение в виде поражения сердца, суставов, почек, мозга и мозговых оболочек. Средняя длительность острого периода заболевания – 5-6 дней, а всего заболевания – 3-4 недели. Выздоровление происходит медленно. Ежегодно в мире болеет гриппом от 5 до 15 % населения, смертельных случаев от гриппа насчитывается около 2 млн. Самой эффективной и доступной формой профилактики гриппа является заблаговременная активизация защитных сил организма. Другой способ защиты от инфекционных заболеваний – вакцинация.

Дифтерия – острое инфекционное заболевание, связанное с воспалением слизистой оболочки зева, гортани и других органов. Сопровождается заболевание образованием плотных пленок, которые могут полностью закрыть дыхательный проход, и общей интоксикацией. Возбудителем дифтерии является палочка Леффлера – стойкий

микробактерия. На вещах, которыми пользовался больной человек, он может сохраняться несколько недель. Однако под действием ультрафиолетового излучения, дезинфицирующее средство погибает в течение нескольких часов. Заражение здорового человека может состояться воздушно-капельным путем или через вещи больного. Первые признаки болезни подобны ангине, потому что при медленном поднятии температуры до 38,5-39 °С и затрудненном глотании нужно обязательно обратиться к врачу, чтобы правильно установить диагноз. Кроме возможного перекрытия дыхательных путей плотными пленками, дифтерия опасна также общей интоксикацией организма, который может привести к поражению сердечной мышцы, нервных стволов, легких, почек. При тяжелых формах заболевания возможен летальный исход. Лечение больного осуществляется только в больнице. Основной формой лечения является антибиотикотерапия, введение антитоксической противодифтерийной сыворотки, которая содержит специфические антитела, которые обезвреживают дифтерийный токсин, а также специальная терапия. Основным методом предотвращения заболевания на дифтерию является противодифтерийная прививка, которая делается в детстве, а в случае необходимости – и во взрослом возрасте.

Клещевой энцефалит (воспаление головного мозга) – заболевание, которое возникает в результате проникновения в головной мозг вируса, переносчиком и резервуаром которого являются иксодовые клещи. Заболевание наблюдается в период наибольшей активности клещей – весной и летом. После инкубационного периода (2-14 дней) заболевание проявляется остро: высокая температура (39-40°С), сильная головная боль, тошнота, в отдельных случаях – нарушение психики. В легкой форме заболевание протекает по типу острой пневмонии. Лечение больных возможно только в условиях больницы. Основные профилактические мероприятия с целью предотвращения заболевания – борьба с иксодовыми клещами в местах их массового размножения, защита от укусов клещей (специальная одежда, репеллентные средства и т.п.).

Туляремия – острое инфекционное заболевание, которое возникает в результате контактов с больными животными – грызунами и зайцеподібними, а также в результате употребления воды и пищевых продуктов, вдыхания пыли соломы, сена, зерна и овощей, загрязненных выделениями больных животных. Самое частое заболевание возникает среди сельского населения, охотников, работников звероферм. Заболевание имеет острый характер и такие симптомы: лихорадка, высокая температура, сильная головная и мускульная боль, нарушение сна. Основным признаком заболевания является отекание и боль в лимфатических узлах. Туляремия принадлежит к особенно опасным инфекционным заболеваниям, потому подлежит особенному присмотру со стороны органов санитарно-эпидемиологического контроля. Лечение заболевания осуществляется лишь в условиях стационара в течение двух-трех недель. После заболевания человек получает иммунитет на всю жизнь. Мероприятиями профилактики туляремии является уничтожение грызунов в бытовых помещениях, зернохранилищах, защита от грызунов продуктов питания, источников водоснабжения и тому подобное, а также профилактические прививки, которые дают иммунитет к заболеванию на 5 лет.

Холера – острое инфекционное заболевание из группы особенно опасных. Возбудителем холеры является холерный вибрион, который при благоприятных условиях может существовать в воде и на пищевых продуктах в течение одного-двух месяцев. На холеру болеет лишь человек. Восприимчивость человека к заболеванию очень большая. Заражение может состояться при употреблении загрязненной холерным вибрионом воды или пищевых продуктов. Вспышки холеры за короткий период могут охватить значительные контингенты людей и имеют характер эпидемии. Самыми характерными симптомами холеры является сильный пронос, который сопровождается блюет и судорогами. Лечение больных осуществляется лишь в условиях больницы с соблюдением особенных противоэпидемических санитарных мероприятий.

Чума – острое инфекционное заболевание человека и некоторых животных, которое так же принадлежит к группе особенно опасных инфекций. Основным источником возбудителя чумы являются грызуны, которые живут в естественных условиях. Своеобразным звеном, которое переносит заболевание с естественной среды до домашних животных и человека, являются блохи, которые, насосавшись крови больного животного, становятся заразными. Человек может заболеть на чуму в результате контакта с больным животным (например, при съеме шкуры, разборке тушки), а чаще всего — от укуса зараженной блохи. От человека к человеку (при легочной форме чумы) инфекция может передаваться воздушно-капельным путем.

Болезнь Боткина, или вирусный гепатит – достаточно распространена вирусная инфекция. Известно минимум семь возбудителей заболевания – А, В, С, D, E, G и TTV – разных за симптоматикой и серьезностью последствий. Наиболее распространенный и наименее опасный – гепатит А. Його с полным правом можно отнести к так называемым болезням “грязных рук”, связанных с пренебрежением правил гигиены. Возбудитель гепатита А попадает в организм человека также с загрязненной водой и едой. Первые признаки болезни: лихорадка, головная боль, общая слабость, ломота, боли в мышцах и суставах. Еще через несколько дней наблюдается потеря аппетита, тошнота, блевота, порой боль в печенке. Такие симптомы характерны и для некоторых других заболеваний, поэтому на этой стадии гепатит А часто не распознается, и его принимают за острое респираторное заболевание или за пищевое отравление. Однако скоро появляются другие симптомы, характерные для вирусного гепатита: темнеет моча и теряет цвет кал, желтеют белки глаз, а затем и кожа. Расстройства в виде застоя желчи и воспаления могут привести к холециститу и желчнокаменной болезни (как крайние проявления). Но, как правило, гепатит А не дает тяжелых и хронических форм. Больные вылечиваются уже через две недели.

Вирус С, который специалисты называют “ласковым убийцей”, – самый коварный. Длительное время заболевание проходит бессимптомный, но в большинстве случаев заканчивается тяжелыми поражениями печени. Чаще этой формой гепатита заражаются при медицинских манипуляциях, например, при переливании крови.

Очень опасный и, к сожалению, достаточно распространенный – гепатит В. Вирус гепатиту В характеризуется длительным инкубационным периодом, персистенцией в организме и тяжелыми последствиями. Он способен длительное время не обнаруживать своего присутствия, ожидая момента ослабления защитных реакций организма. Причинами, которые вызывают активизацию вируса, могут стать простудные заболевания, грипп, неоправданный прием антибиотиков и т.п. В результате развития заболевания происходит перерождение клеточного состава печени в соединительную ткань. Прогресс болезни приводит к циррозу и даже раку печени. Гепатиты В и D передаются половым путем и через кровь.

Гепатиты занимают пятое место среди самых распространенных инфекций, уступая лишь ОРВИ, гриппу, ветряной оспе и краснухе. Цифры, которые регистрируются в Украине, – около 150 тысяч больных за год, вряд ли полностью отображают реальную картину распространения заболевания. У значительной части инфицированных заболевание проходит бессимптомный, и такие больные к врачам не обращаются. Чтобы предотвратить эту опасную болезнь, мойте руки перед едой, кипятите воду, обливайте кипятком овощи и фрукты. При сексуальных контактах пользуйтесь презервативами. Можно еще прибавить рекомендацию относительно применения индивидуальных средств защиты от заболеваний, которые передаются через кровь. Самая надежная защита от гепатита В – вакцинация.

Особенное место среди инфекционных болезней занимает туберкулез, через то что эпидемия туберкулеза в Украине стала реальностью.

Приведем некоторые грустные факты о туберкулезе: За всю историю человечества от туберкулеза умерло свыше 300 млн. человек. Палочкой Коха (возбудитель туберкулеза) инфицировано 2 млрд. человек, то есть почти треть населения Земли, 10 % инфицированных может заболеть. Больной открытой формой туберкулеза инфицирует 10-15 людей за год. От туберкулеза умирает больше взрослых, чем от всех других инфекционных заболеваний, вместе взятых 26% всех умерших в слабо развитых странах погибло от туберкулеза. Треть больных СПИДОМ умирает от туберкулеза. Туберкулезом болеют чаще люди в возрасте от 15 до 44 годов, то есть наиболее трудоспособная часть населения. То есть, страдает еще и экономика страны, где возникла эпидемия. Неправильное применение антитуберкулезных препаратов привело к тому, что свыше 50 млн. людей болеют стойкой к лекарствам формой туберкулеза.

Туберкулез – это разнообразное за своими проявлениями инфекционное заболевание. Туберкулезная палочка может вызывать поражение не только органов дыхания (легких, бронхов, гортани), но и кишечника, мочеполовых органов, надпочечников, кожи, костей, суставов, головного мозга и тому подобное. Все же в большинстве случаев (80-90%) наблюдается поражение легких. Основным источником распространения инфекции – больной туберкулезом, который выделяет мокроту с бактериями. Заражение происходит, когда здоровый человек вдыхает мелкие капельки жидкой или частицы высушенной мокроты больного туберкулезом. Палочки Коха могут попасть и через поврежденную кожу или слизистую оболочку носа или рта, а также при употреблении в еду молока, мяса от больного туберкулезом скота.

Когда бактерии попадают в организм человека, происходит его заражение, но не заболевание. Обычно на туберкулез могут заболеть люди, организм которых ослаблен предыдущими заболеваниями, которые снизили его сопротивляемость (грипп, диабет и другие), плохим питанием, санитарно-гигиеническими условиями жизни.

Проявления болезни зависят от состояния организма, характера и степени повреждения отдельных органов и систем. Общими признаками для всех форм болезни является: повышение температуры, потовыделения по ночам, ухудшение сна и аппетита, потеря веса, раздражительность, снижение работоспособности. При туберкулезе легких также наблюдается кашель – сухой или с выделением мокроты, – может возникнуть легочное кровотечение. Основное мероприятие предотвращения заболевания – это прививка.

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита– это глобальная смертельная инфекция, что вызывается ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) и которую человечество до сих пор не может преодолеть. За оценками ООН и Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается 50 миллионов лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. Больше 16 миллионов умерли от СПИДа. Половина новых случаев инфекции приходится на молодых людей в возрасте 15-24 лет. В то же время наблюдается стремительное развитие темпов эпидемии в последние годы. Но нужно иметь в виду, что реально количество ВИЧ-инфицированных значительно больше, поскольку выявление всех ВИЧ-инфицированных практически невозможно.

До действия ВИЛ в организме чувствительные прежде всего клетки иммунной системы. Основными клетками иммунной системы являются лимфоциты. В зависимости от места рождения, они разделяются на Т- и В-лимфоциты.

Основным объектом нападения ВИЧ является разновидность Т-лимфоцитов, потому что на их поверхности находятся особенные белковые молекулы-рецепторы CD 4, что, как ключ к замку, подходят к белкам вирусной оболочки. Катастрофическое уменьшение этих клеток сразу же влияет на работу иммунной системы. Стремительно растет поток повреждений. Дефицит иммунитета растет, и организм уже не способен противодействовать натиску вирусов, бактерий и других микроорганизмов.

В настоящий момент стало известно, что рецептор СД 4 имеют и много других клеток. Среди них: макрофаги, В-лимфоциты и клетки лимфатических узлов, кожи, слизевых оболочек, легких, селезенки, печени. Следовательно, очевидно, что ВИЧ может развиваться в разных клетках организма. Доказано, что, кроме иммунной системы, ВИЧ будет поражать желудочно-кишечный тракт, центральную нервную систему, сетчатку глаза, сердце и тому подобное.

Источником заражения спидом служит лицо, пораженное ВИЧ. Это может быть человек с разными проявлениями болезни или такая, которая является носителем вируса, но не имеет признаки болезни (вирусоноситель). Поражая клетки иммунной системы, ВИЧ оставляет организм беззащитным. Любая инфекция, даже самая простая, становится фатальной.

СПИД имеет достаточно длительный инкубационный период. От момента инфицирования к первым проявлениям болезни проходит от нескольких месяцев до 5–6, а иногда даже и 10-15 лет. Дальше в некоторых инфицированных развивается заболевание, а остальные длительное время остаются вирусоносителями без любых признаков болезни. Первые симптомы: повышается температура до 37-38 градусов, снижается работоспособность, нарушается аппетит, зрение, сон. Потом начинают тревожить боли в суставах и мышцах, головные боли, потение ночью, долговременный пронос и кашель. Характерным признаком является увеличение лимфатических узлов, причем сразу в нескольких местах: на задней стороне шеи, над ключицей, в локтевых изгибах, в подмышках и пахе. Достаточно быстро уменьшается вес, невзирая на соблюдение режима питания.

Мишенями для ВИЧ становятся почти все клетки организма. Снижение активности иммунной системы обеспечивает развитие так называемых оппортунистических инфекций. К сожалению, список сопровождающих СПИД инфекций очень большой. В нем почти две сотни наименований. Среди возбудителей этих болезней есть и вирусы, и бактерии,

и грибы, и самые простые. У больных появляется грибок в полости рта и на коже, потом – воспаление желудка, кишечника, легких, половых органов. Вносят свою частицу и вирусы, особенно герпесу, гепатиту В, цитомегаловирусы.

В большинства инфицированные развивается пневмония, которая вызывается одним из видов самых простых, – пневмоцистою. Достаточно широко распространенная среди больных СПИДОМ инфекция туберкулеза, его палочки будут поражать вирусоносителей быстрее и тяжелее, чем людей, которые не являются носителями вируса. Рядом с этими болезнями часто “хозяйничает” саркома Капоши (опухоль, которая будет поражать внутренний слой сосудов), она оказывается в виде узелков сине-фиолетового или вишневого цвета на всей поверхности тела.

У больных часто поражается центральная нервная система: нарушается поступь, слабеет память, развиваются параличи и слабоумие, также нарушается работа желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

Существуют такие пути передачи Вич-инфекции:

- при половом контакте с инфицированным человеком;
- во время переливания крови больного донора и во время пересадки органов и тканей;
- при неоднократном использовании игл и шприцев наркоманами, нанесении татуировки;
- при повреждении кожной сени, слизевых оболочек медицинским инструментом, загрязненным ВИЧ, при контакте с инфицированными ВИЧ тканями или органами;
- от инфицированной матери – плода во время беременности или при кормлении грудным молоком.

Болезнь **не передается:** через рукожатие, через поцелуй, еду, предметы домашнего потребления; при купании в бассейне, душе, через спортивные предметы, укусы насекомых, при уходе за больными.

Эффективные методы лечения Вич-инфекции еще не найдены. Лечение больных СПИДОМ направлено на стимуляцию подавленного иммунитета и на борьбу с конкретной для каждого больного инфекцией и опухолью. В мире есть и частично используется больше ста препаратов для лечения СПИДа, но они способствуют только продолжению жизни больные. Они высокотоксичны для организма человека и очень дороги. Вовремя установлен диагноз, современное и качественное лечение позволяет не только “заморозить” развитие болезни, но и влиять на вирус, даже предупредить развитие СПИДа.

Многолетние настойчивые научные поиски вакцины против СПИДа не дали желанные результаты. Причина в самой природе этого вируса, здесь идет речь о ретровирусе, который должен свойство встраивать свой геном в хромосомы клеток, которые он заражает, и таким образом передает часть хромосом от одного поколения клеток к другому. Одной из основных проблем в борьбе с ВИЧ является чрезвычайно высокой изменчивостью этого вируса. Изменчивость ВИЧ значительно превышает всем известную изменчивость вируса гриппа, и это чрезвычайно затрудняет разработку вакцины против этой инфекции. О состоянии изменчивости свидетельствует то, что каждый вирус, выделенный от больного, отличается от такого, изъятого от другого больного. Более того, вирусы, выделенные в разное время от одного и того же больного, отличаются между собой. Другая причина, почему ВИЧ упрямо держится в организме человека, в том, что он способен избегать нейтрализующей действию антител. В инфицированной клетке он может долго находиться в латентном состоянии, благодаря чему не поддается контролю иммунной системы. Он может переходить с инфицированной клетки до неинфицированной путем их слияния, не вступая в контакт с антителами. ВИЧ также может переноситься в такие органы, как мозг, где иммунного присмотра практически нет. Наконец, ВИЧ непосредственно атакует клетки иммунной защиты, в результате чего серьезно нарушается иммунная реакция.

Основу современной борьбы с инфекцией ВИЧ должно составлять предупреждение ее распространения. Здесь особенное внимание следует направить на санитарное образование с целью изменения поведенческих и гигиенических навыков.

Медицинский персонал является группой профессионального риска по заболеваемости инфекциями, которые влекутся патогенными и условно патогенными микроорганизмами. Уровень заболеваемости острыми и хроническими инфекциями превышает аналогичную заболеваемость взрослого населения более чем в 7 раз, причем за отдельными нозологическими формами отклонения достигают десятков и сотен раз (острый ринит, заострение хронического тонзиллита, бронхит, гнойничковые поражения кожи и др.).

Медицинский персонал ежедневно контактирует с разными факторами инфекционной и неинфекционной природы. Понятно, что существует высокая достоверность и угроза заражения инфекционными болезнями. Самыми впечатлительными являются работники с небольшим стажем работы. Основная масса инфекционных заболеваний регистрируется в первые 5-8 годов трудового стажа. Это положение справедливо как для "классических" инфекций, так и для инфекционных заболеваний, которые влекутся условно патогенными микроорганизмами (УПМ).

Большой взнос в структуру профессиональной заболеваемости вносят инфекции, которые передаются парентеральным путем. Проблема инфицирования медицинских работников вирусами наиболее актуальных гемоконтактных инфекций – гепатитов В, С, ВИЧ – обусловлена широким распространением этих заболеваний среди населения, а следовательно и среди пациентов больниц.

Гепатит В (ГВ) по праву может быть отнесен к основным профессиональным заболеваниям медицинского персонала, что связано с относительной "легкостью" заражения. По данным ВООЗ, ежедневно в мире от вирусного гепатита В погибает один медицинский работник.

Из-за отсутствия средств специфической профилактики против гепатита С (ГС) защищенность медицинских работников относительно этого заболевания достаточно проблематичной. Риск инфицирования медицинских работников значительный, хотя и более малый по сравнению с ГВ.

Віл-інфіковані пацієнти в більшій ступені представляють небезпеку для медичного персоналу тим, що серед них високий процент конфекції (зараження двома вірусами одночасно). Вони являються потужним резервуаром вірусів ГВ, ГС, мікобактерій туберкульозу і умовно патогенних збудителів. Ризик інфікування багаторазово росте при несоблюденні персоналом заходів індивідуальної захисту, в зв'язі з цим в свідомості медичних працівників необхідно формувати епідемічну настороженість до всіх пацієнтів, як до можливих джерел гемоконтактних інфекцій.

В останні роки на фоні стабільних високих показувачів захворюваності туберкульозом серед населення спостерігається загальний ріст захворюваності туберкульозом медичних працівників.

Медичні працівники також є групою підвищеного ризику зараження дифтерією. Захворюваність дифтерією пов'язана з професійним фактором. Так, навіть в час відносного благополуччя, захворюваність серед медичних працівників перевищує рівень захворюваності серед дорослого населення.

Найвищий ризик інфікування збудителями вірусної етіології з повітряно-капельним механізмом передачі, які викликають кір, краснуху, епідемічний паротит, грип, вітряну оспу, коклюш, менингококкову інвазію.

Острів кишечні інфекції (ГКІ), для яких характерний фекально-оральний механізм передачі збудителя, також будуть уражати медичних працівників (в основному в внутрішньобітничній середі).

Дисбактеріоз, кандидомікоз шкіри і слизових оболонок, вентральний кандидоз розвиваються при контакті медпрацівників в процесі

производственной деятельности с инфекционными больными или инфицированными материалами, грибами-продуцентами, антибиотиками (работа в амбулаторных и стационарных медицинских учреждениях, аптеках, бактериологических лабораториях, на предприятиях микробиологической медицинской промышленности и др.).

К особенной группе можно отнести заболевания медицинского персонала, которые вызываются условно патогенными микроорганизмами (УПМ), которые представляют опасность для людей со сниженным неспецифическим иммунитетом. По структуре они составляют 92% от всей заболеваемости медицинских работников.

У медицинских работников, занятых в интенсивных сферах производственной деятельности, обнаружены фазовые изменения иммунологической реактивности в зависимости от стажа работы и интенсивности труда. Этим определяется риск возникновения ряда клинко-патогенетичних вариантов вторичных иммунодефицитов и соответственно профессиональных инфекционных и аутоимунних заболеваний.

II. МЕХАНИЗМЫ, ПУТИ И ФАКТОРЫ

ИНФИЦИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Инфекциям свойственна множественность механизмов передачи, основными из которых естественен и артифициальный. Артифициальный и естественный механизмы передачи инфекции нередко совмещаются.

К **естественным механизмам** передачи следует отнести воздушно-капельный, фекально-оральный, контактно бытовой, трансмиссивный (гемотранссмисивный) и др.

При естественном механизме передачи легче всего реализуется воздушно-капельный механизм, где фактором передачи является универсальная среда – воздух, который содержит мельчайшие капли слизи дыхательных путей и частицы высохшего аэрозолю. При этом пути передачи – воздушно-капельный и воздушно-пылевой. Не случайно медицинские

работники (если они не привиты и не получали средства экстренной профилактики) склонны к заболеванию при заносе в стационар инфекций дыхательных путей.

Более широкий круг факторов передачи действует при фекально-оральном механизме передачи (руки, пищевые продукты, вода, предметы бытовой обстановки, быта), соответственно пути передачи – контактно бытовой, пищевой, водный.

При контактно бытовом механизме инфекция передается через руки, предметы быта, ухода за больным; путь передачи – контактно бытовой.

При трансмиссивном механизме фактором передачи членистоногие. Относительно внутрибольничных и многих внебольничных инфекций, корректно говорить о гемотрансмиссивный механизме передачи, где фактором передачи являются объекты, которые содержат частицы крови в результате микротравм, порезов, кровоточивых десен.

В современных условиях важного значения приобретает новый артифициальный (от лат. *artifitiale* - искусственный), искусственно созданный медициной, механизм передачи. Он включает множество вариантов, преимущественно связанных с инвазивными диагностическими и лечебными процедурами, реже с неинвазивными манипуляциями (ингаляционные процедуры).

При артифициальном механизме факторами передачи могут быть медицинские инструменты, медикаменты, материалы, врачебные формы, кровь и ее компоненты, трансплантаты органов и тканей, эндокринные препараты.

Руки медицинского персонала, на которых могут находиться патогенные микроорганизмы, являются важным фактором передачи кишечных, "кровяных" инфекций, инфекций внешних покровов при большинстве механизмов передачи не только среди пациентов, но и среди самих медицинских работников. Недостаточно помытые и должным образом обработаны руки, не защищенные чистыми перчатками, способствуют

передачи гнойно-воспалительных инфекций при осмотре пациентов, пальпации оперируемых участков тела, проведении инвазивных диагностических и лечебных процедур.

Важным звеном в прерывании искусственного механизма передачи инфекций является безопасность не только при заборе биологических материалов, но и при их транспортировке.

Профилактика инфекций медицинского персонала, которые имеют разные механизмы передачи, построенная на интеграции гигиенических и эпидемиологических мероприятий, которые поддерживали бы у медперсонала на должном уровне неспецифический иммунитет, давали специфическую защиту против болезнетворных возбудителей.

В первую очередь к риску инфицирования вирусами иммунодефицита человека, гепатитов В и С склонны сотрудники гематологических, реанимационных, стоматологических, родильных, хирургических, патолого-анатомических отделений и отделений гемодиализа, процедурных кабинетов, лаборанты, работники пунктов предоставления первой медицинской помощи и так далее, а также лица, которые работают на производстве по заготовке крови, ее компонентов и препаратов. Однако, учитывая возможную инфицированность крови и биологического материала человека вирусами ВИЧ, гепатитов, цитомегаловирусами, рядом онкогенных вирусов, профессиональному заражению подлежат все медицинские работники, независимо от профиля лечебно-профилактического учреждения.

Заражение медицинского работника чаще всего происходит при контакте кожи и слизистых оболочек с биологическими жидкостями и тканями больного (кровью, сывороткой, спермой, спинномозговой жидкостью, костным мозгом и др.) и травматизации во время выполнения медицинских манипуляций (порез, укол, повреждение кожи мелкими обломками кости и др.). Травмирование самое частое происходит при одевании предохранительного колпачка на инъекционные иглы, при наложении шва на хирургическую рану, при установке систем для

внутривенной инфузии, при ранении скальпелем. При контакте с кровью может быть передано более чем 30 инфекций. До недавнего времени считалось, что заражение медицинского персонала происходит, главным образом, в результате повреждения иглой или инструментом. Однако даже при тщательном соблюдении мер пресечений кровь, сыворотки или биологическая жидкость, попадая на одежду медработника, поглощаются им и проникают дальше вглубь, а если на теле есть порезы или мелкие (даже незаметные) травмы, поражения кожи, дерматиты – риск заражения резко растет. Кроме того, опасный и процесс последующей обработки белья и одежды, на которых попала кровь, ее компоненты или другие выделения.

Заражение гепатитами В, С, Вич-инфекцией возможно при элементарных манипуляциях (взятие крови, инъекции), при более сложных (венесекция и катетеризация сосудов) и более ответственных процедурах (биопсия и трансплантация тканей, органов, костного мозга). Опасность заражения существует при трансфузиях крови и ее компонентов, поскольку в современных условиях кровь проверяется лишь на ограниченное число инфекций (Вич-инфекция, гепатиты В, С, сифилис).

Нарушение правил работы может приводить к возникновению инфекций среди персонала при проведении стоматологических манипуляций (лечение пародонтоза, экстракция зубов) и внутривенной лазерной терапии, акупунктуре и искусственном оплодотворении, примерке мостов при протезировании зубов и суставов.

Эндоскопические методы обследования и лечения, несмотря на высокую информативность, эффективность и малую травматичность, могут приводить к заражению хелибактериозом, туберкулезом, гепатитами В, С, D, G.

В среднем риск ВИЧ-инфицирование при попадании крови от ВИЧ пациента на кожу медработника составляет 0,3%. Наивысший риск инфицирования отмечается при глубоких поражениях кожных покровов, куда попала кровь из медицинского инструментария, который находился в

вене или артерии пациента или в организме больного. Чем больший объем крови был задействован, тем выше является риск. При поверхностных повреждениях кожи риск инфицирования уменьшается и составляет 0,1% и уменьшается в зависимости от объема крови и титра ВИЧ. Риск заражения персонала Вич-инфекцией в действительности является относительно низким (0,3-0,5% после единичного укола зараженной иглой по сравнению с 7-30% для вирусного гепатита В). Однако, с учетом чрезвычайной тяжести инфекции и ее последствий, профессиональная Вич-инфекция является очень серьезной проблемой.

III. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Основной принцип – мероприятий профилактики необходимо придерживаться при обслуживании любого пациента, поскольку пациент может скрывать заболевание или не знать об инфицировании.

С целью предупреждения инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций во время медицинских манипуляций необходимо выполнять следующие общие условия:

- при осуществлении манипуляций надевать халат, шапочку, сменную обувь, выходить в которых за пределы лаборатории, отделение запрещается;
- применять средства индивидуальной защиты (очки, маски, щитки, перчатки и др.);
- все манипуляции, при которых может состояться загрязнение рук кровью, сывороткой и другими биологическими жидкостями, проводить в перчатках;
- резиновые перчатки, однажды снятые, повторно не используются. В процессе работы перчатки обрабатываются 70% спиртом, 3% хлорамином, спиртным раствором хлоргексидина и др.;

- манипуляции с медицинским инструментарием, пипетками, лабораторной посудой, приборами, которые сталкивались с кровью или сывороткой, нужно проводить только после их предыдущей дезинфекции;

- использован медицинский инструментарий сразу по окончании манипуляции или процедуры окунать в емкость с дезинфицирующим раствором;

- придерживаться мер пресечений при выполнении манипуляций с режущими и колючими инструментами (иглы, скальпели, ножницы); открывая бутылки, флаконы, пробирки с кровью или сывороткой, следует избегать уколов и порезов перчаток и рук;

- при повреждении кожных покровов необходимо немедленно обработать и снять перчатки, вытиснить кровь из ранки, потом под проточной водой тщательным образом вымыть руки с мылом, обработать их 70% спиртом и смазать утра 5% раствором йода;

- при попадании биологической жидкости пациента на слизевую оболочку ротовой полости рот и горло немедленно прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калию, при попадании биологических жидкостей в глаза – промыть их раствором марганцовокислого калию в воде в соотношении 1:10000;

- медицинские работники, которые имеют раны на руках, экссудативные поражения кожи или дерматит, на время заболевания отстраняются от ухода за пациентами и контакта с предметами досмотра;

- при необходимости выполнять работы все микротравмы, царапины, ссадины, повреждения должны быть закрыты напальчниками или лейкопластырем;

- для ухода за кожей рук использовать смягчающие и защитные кремы, которые обеспечивают эластичность и прочность кожи;

- бланки направлений в клиничко-диагностическую лабораторию категорически запрещается помещать в пробирки с кровью;

- поверхность рабочих столов в конце рабочего дня (в случае загрязнения кровью – немедленно) обрабатываются 3% раствором хлорамина или 6% раствором перекиси водорода из 0,5% моющего средства. Причем, если поверхность загрязнена кровью или сывороткой, процедуры выполняют дважды: немедленно и через 15 минут;
- заполнение учетной и отчетной документации должно вестись на чистом столе;
- запрещается принимать еду, жечь и пользоваться косметикой на рабочих столах;
- не стоит проводить никаких парентеральных и лечебно-диагностических процедур в помещениях, которые предназначены для обслуживания больных.

Профилактика гепатитов

Гепатит В (ГВ) относится к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики, потому основным средством защиты является иммунизация. Медицинские работники, в первую очередь те, кто имеет контакт с кровью больных, повинны быть привитые против ГВ. Прививке подлежат и студенты медицинских институтов, а также ученики средних медицинских учебных учреждений перед началом производственной практики. При этом важно строго придерживаться схемы вакцинации: 0-1-6 месяцев (первые две прививки с месячным интервалом, третья – через 5 месяцев после второго). Защитный уровень антител в крови 10 МЕ/мл и выше достигается после полного курса иммунизации в 85-95% вакцинированных. После двух прививок защитный уровень достигается лишь в 50-60% вакцинированных. Поскольку через пять лет в крови 25-30% иммунизированных титр антител против ГВ становится ниже защитного уровня, после этого срока рекомендуется ревакцинация, желательно после предыдущей проверки на уровень иммунитета. Абсолютных противопоказаний вакцинации нет. Другие – за инструкцией к препарату.

При ургентных случаях возможного заражения (при травме непривитого раньше, полученной в результате проведения хирургических вмешательств или других парентеральных манипуляций) вводится специфический иммуноглобулин и используется экстренная схема вакцинации с месячным интервалом: 0-1-2. Причем первая прививка проводится в первые 24 часа после возможного заражения (как можно быстрее). Ревакцинация – через 12-14 месяцев.

Вакцина вводится внутримышечный в дельтовидную мышцу плеча. При сочетании с другими вакцинами она вводится отдельным шприцем в другой участок тела или с интервалом в 1 месяц.

Гепатит D – поскольку гепатит D связан с инфицированием вирусом гепатита B, то при вакцинации против гепатита B можно эффективно предотвратить заболевание и гепатитом D.

Гепатит C – вакцины против гепатита C не существует. Важно использовать средства индивидуальной защиты – очки, маски, щитки, перчатки но др. При манипуляциях у пациента с установленным диагнозом ГС – работать в двойных перчатках. Все мероприятия предупреждения инфицирования изложены выше.

Профилактика Вич-инфекции. Действия медицинского работника в случае профессионального контакта:

Под профессиональным контактом понимают любой прямой контакт слизевых оболочек, поврежденных и не поврежденных кожных покровов с потенциально инфицированными биологическими жидкостями при выполнении профессиональных обязанностей.

Если состоялось попадание биоматериала на одежду:

- Перед снятием одежды перчатки обеззараживаются.
- При незначительных загрязнениях биологической жидкостью одежда снимается, помещается в пластиковый пакет и направляется в прачечную без предыдущей обработки, дезинфекции.

- При значительном загрязнении одежда замачивается в одном из дезинфектантов, которые используются в учреждении (кроме 6% перекиси водорода и нейтрального гидрохлорида кальция, которые разрушают ткани).

- Личная одежда, загрязненная биологической жидкостью, поддается стирке в горячей воде (70 °С) с моющим средством.

- Кожа рук и других участков тела под местом загрязненной одежды протирается 70% спиртом. После этого промывается с мылом и повторно протирается спиртом.

- Загрязнена обувь двукратно протирается тряпкой, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств.

Если состоялось попадание биоматериала на слизевые оболочки:

- Ротовая полость – прополоскать 70% раствором этилового спирта.

- Полость носа – закапать 20-30% раствором альбуциду.

- Глаза – промыть водой, после чего закапать 20-30% раствором альбуциду.

Если состоялся контакт с кровью или другими биологическими жидкостями при неповрежденной коже:

- Срочно обработать место загрязнения одним из дезинфектанта (70% раствором спирта, 3% раствором перекиси водорода, 3% раствором хлорамина).

- Потом промыть водой с мылом и повторно обработать спиртом.

Если состоялся контакт с кровью или другими биологическими жидкостями при повреждении кожи (укол, порез):

- Снять перчатки рабочей поверхностью внутрь.

- Вытиснить кровь из раны, укола.

- Обработать пораженное место одним из дезинфектанта (70% этиловым спиртом, 5% раствором йода - при порезах, 3% раствором перекиси водорода - при уколах).

- Тщательным образом вымыть руки с мылом под проточной водой, а затем протереть их 70% раствором этилового спирта, на рану наложить пластырь, одеть напальчник.

- Если работу необходимо продолжать – одеть новые перчатки.

- Обувь обрабатывают двукратной протиркой тряпкой, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств.

- При попадании инфицированного материала на пол, стены, мебель, оборудование и другие предметы: залить загрязненное место любым дезинфицирующим раствором с экспозицией 30 минут, потом протереть.

Принципы химиопрофилактики парентеральной передачи ВИЧ

В медицинском учреждении должна быть четкая и простая инструкция, когда и как проводить химиопрофилактику:

I этап - начало химиопрофилактики;

II этап - проведение подробного изучения риска заражения и причин аварии, подготовка отчетов.

При угрозе парентерального заражения повреждении кожных покровов загрязненным ВИЛ инструментом, попадании зараженного ВИЧ материала на слизевых или поврежденную кожу рекомендуется проведение химиопрофилактики антиретровирусными препаратами.

Очень важно начать химиопрофилактику как можно раньше, желательно в первые два часа после возможного заражения. Если ее невозможно начать сразу за схемой высокоинтенсивной терапии, то как можно раньше необходимо начать прием имеющихся препаратов.

После 72 часов начало химиопрофилактики или расширение ее схемы не имеет смысла, но если пострадавший настаивает – химиопрофилактика может быть назначена.

Показание к началу химиопрофилактики:

1. Если контакт состоялся с биологическим материалом, взятым у больного Вич-инфекцией, рекомендуется начать химиопрофилактику парентерального заражения ВИЧ.

2. Если ВИЧ статус пациента, с кровью которого состоялся контакт, неизвестный, рекомендуется провести его обследование на антитела к ВИЧ с помощью разрешенных к применению экспресс-тестов:

а) при получении позитивного результата рекомендуется назначение химиопрофилактики заражения ВИЧ. Последующее обследование пациента с целью подтверждения или исключения диагноза Вич-инфекции проводится в установленном порядке;

б) если ВИЧ статус потенциального источника заражения неизвестен и его невозможно установить, химиопрофилактика может быть назначена по эпидемиологическим показателям решением ответственного врача.

Поскольку срок начала химиопрофилактики может иметь решающее значение, если имеются не все лекарственные препараты, необходимые для составления полноценной схемы терапии, важно назначить хотя бы один препарат, а другие прибавить позже.

Медицинский работник после эпизода опасного контакта с источником заражения должен наблюдаться не менее 12 месяцев.

Стандартное лабораторное обследование на антитела/антиген ВИЧ медработника и пациента проводится:

в день регистрации опасного контакта

через 3 месяца	} после эпизода аварийного контакта с источником заражения
через 6 месяцев	
через 12 месяцев	

Пострадавший должен быть предупрежден, что он может послужить источником Вич-инфекции в течение всего периода наблюдения и потому ему надлежит придерживаться мер пресечений, во избежание возможной передачи ВИЧ.

Профилактика туберкулеза

В настоящее время сложилась крайне неблагоприятная ситуация относительно заболеваемости туберкулезом среди населения, которая определяется рядом факторов социальной (обнищание значительной части

населения, появление социально незащищенных групп людей, хронических стрессовых ситуаций, повышения процессов миграции и др.) и биологической природы (рост числа штаммов микобактерий туберкулеза, стойких к большинству традиционно употребляемых лекарственных препаратов).

Высокий уровень заболеваемости зарегистрирован у работников отделений, где лечатся больные с синдромом иммунодефицита, пульмонологических отделений, стоматологов, вспомогательного персонала больниц разных отделений в случае обслуживания пациента с недиагностированным туберкулезом.

Медицинские работники противотуберкулезных учреждений поддаются наибольшему, по сравнению с остальными медиками, риску инфицирования. Заболеваемость среди них в десять раз превышает показатели заболеваемости медицинских работников в целом по отрасли и в пять раз – взрослого населения.

В помещениях фтизиатричных учреждений постоянного пребывания больных или инфицированного материала (палат, коридоры, курильницы, столовые, комнаты для использованного белья, моечных для посуды и тому подобное), а также на рабочих местах персонала (процедурные кабинеты, ординаторские, кабинеты врачей, часть помещений администрации) в воздухе постоянно присутствуют микобактерии туберкулеза (МБТ). Для уменьшения числа МБТ, которые попадают в легкие, персоналу следует носить защитные маски не только в операционных и перевязочных, но и во всех помещениях противотуберкулезных учреждений (ПТУ).

Частый и длительный контакт медицинских работников из МБТ в условиях фтизиатричных учреждений приводит к изменению их иммунного статуса, что, в свою очередь, ведет к росту заболеваемости. Постоянный контакт с патогенной флорой приводит к иммунодепрессии и формированию вторичного иммунодефицита (ОТ). При этом уже в результате непродолжительного контакта (в течение первого года работы) в 33%

сотрудников регистрируется снижение тех или других показателей иммунного статуса, в 16% – клинические проявления ОТ. С этим связана необходимость регулярного иммунологического обследования сотрудников, проведения профилактики и, в случае развития ОТ, адекватной иммунотерапии.

Учитывая множественность факторов, которые влияют на интенсивность эпидемического процесса распространения туберкулеза, мероприятия по его профилактике должны быть комплексными и включать социальные, гигиенические, эпидемиологические и иммунологические аспекты:

1. Укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений.

Улучшение санитарно-технического состояния объектов противотуберкулезного профиля, включая проведение ремонтных работ и уменьшение мощности противотуберкулезных стационаров при их реконструкции:

- регулярное (1 раз в 2-3 года) проведение текущих ремонтов с окрашиванием стен и потолков в палатных отделениях;
- обеспечения эффективного функционирования систем механической вентиляции во всех помещениях, включая палатные отделения, параклінічні и вспомогательные службы;
- укрепления лабораторной базы. Внедрение современных ускоренных методов диагностики туберкулеза, включая ПЦР-діагностику;
- по возможности вместо стационаров с постоянным пребыванием пациентов, больных туберкулезом, предусматривать стационары дневного пребывания.

II. Гигиенические мероприятия

Исключение перегрузки палат, соблюдения норм площади на одну кровать не более малой 8 м², исключение многокочных палат (не больше 4 кроватей).

Воздух из палат, где находятся больные, не должен распространяться по другим прилегающим помещениям (совершенная система вентиляции). По этой причине при палатах должны быть предусмотрены тамбуры.

Площадь ординаторских должна быть не меньше 6 м² на одно рабочее место.

При строительстве новых и реконструкции действующих противотуберкулезных стационаров необходимо предусматривать размещение помещений для персонала (ординаторских, сестринских, комнат приема еды и других бытовых помещений) в отдельных отсеках при палатных отделениях.

Обязательное наличие комнат приема еды для персонала вне палатных отделений с обеспечением возможности подогрева еды.

Оборудование роздягалок для верхней одежды с обеспечением отдельного хранения личного и спецодежде. Наличие душевых.

III. Социальные мероприятия

Социальная поддержка противотуберкулезных учреждений предусматривает:

- Организацию питания персонала, обеспечения полноценного рациона и условий питания (сбалансировано питание и витаминизация, горячее питание, ежегодная двукратная витаминизация в зимний-весенний период).

- Санаторно-курортное лечение в период основного и дополнительного отпусков за утвержденным порядком и показаниями.

- Диспансерное наблюдение, которое включает иммунологическое обследование с возможным корегуванням иммунного статуса.

- Обеспечение в полном объеме средствами индивидуальной защиты (маски из нетканого материала с носовым обжимом современного образца).

- Максимальное использование предметов одноразового приложения (медицинского инструментария, емкостей для сбора мокроты и так далее).

- Достаточная обеспеченность спецодеждой.

- Стирка спецодежды только в специализированной прачечной.

IV. Соблюдение персоналом мероприятий личной профилактики:

Постоянное ношение масок из нетканых материалов во всех производственных помещениях.

Суровое выполнение медперсоналом правил личной гигиены (частая мойка рук, прием еды вне отделения).

Дозированы физические нагрузки.

Полноценное белковое питание (сбалансировано питание).

С пациентами или с инфицированным материалом работать в маске и перчатках.

Ежедневное изменение халатов.

Душ перед выходом из работы (режим инфекционного стационара).

V. Соблюдение дезинфекционного режима

Строгое соблюдение порядка ультрафиолетового облучения помещений с постоянным пребыванием пациентов с открытыми формами туберкулеза по режиму, заказному производителем. В настоящее время есть облучатели с рециркуляцией воздуха, которые применяют в присутствии людей, а также импульсные лампы ксенон с дистанционным управлением, способные в течение нескольких секунд очистить и обеззаразить воздух при отсутствии людей (оптическая для плазмы технология очистки).

Для уборки помещений и обработки поверхностей необходимо применение дезсредств, которые имеют туберкулиноцидную действующую.

Также необходимые:

Дезинфекция предметов, которые контактируют с пациентами, больными туберкулезом (эндоскопического, стоматологического, включая зубные слепки при производстве протезов, но др.), соответствующими дезинфекционными средствами.

Камерная дезинфекция одежды и постельных принадлежностей.

Дезинфекция отходов (выделений от больных, пищевых отходов).

VI. Противоэпидемические и иммунологические мероприятия

Тщательное обследование при приеме на работу. Проведение реакции Манту всем лицам, которых принимают на работу. При негативной пробе – ревакцинация БЦЖ. Допуск к работе через месяц после вакцинации. В дальнейшем реакцию Манту этим лицам повторяют в течение последующих трех лет.

Медицинское обследование медицинских работников, включая рентгенографию при приеме на работу.

При периодических медосмотрах флюорографическое обследование проводить не реже однажды на шесть месяцев. Рентген-позитивным лицам проводить томографию (при взятии на учет и за показаниями).

Проведение клинико-лабораторных исследований, включая бактериологические при подозрении на заболевание туберкулезом.

Введение в список специалистов, которые осуществляют предыдущие и периодические медосмотры, врача-иммунолога.

Повышение неспецифического иммунитета. Фитотерапия в объеме, заказном специалистом (желательно иммунологом).

Ежегодная неспецифическая и специфическая профилактика гриппа.

Проведение иммунологических исследований при приеме на работу и в дальнейшем ежегодно в течение первых восьми годов с целью своевременного корегування иммунного статуса, диагностики и лечения вторичного иммунодефицита.

Если в анамнезе медработника есть перенесенный туберкулез, то в течение первых двух годов работы показано превентивное лечение. Вопросы превентивного лечения (наименование препаратов, длительность курса) решаются специалистами противотуберкулезного диспансера по месту жительства.

Профилактика дифтерии

Основная защита медицинского персонала от заболевания дифтерией – специфическая иммунопрофилактика.

Абсолютных противопоказаний нет. Другие – за инструкцией к вакцине.

Если анамнез прививок медработника неизвестного, то ему проводят серологическое исследование и в случае выявления титра менее 1:20 проводят первую вакцинацию, потом через месяц или полтора проверяют состояние иммунного ответа. Если уровень дифтерийных антител после первой прививки не превышает титр 1:80 (что наблюдается у лиц, которые раньше не имели прививок против дифтерии), то данному лицу проводят вторую прививку и через 6-9 месяцев ревакцинацию. Если титр антител больше 1:80, то вторую прививку против дифтерии не проводят.

Иммунизация по эпидемиологическим показателям: в ячейке дифтерии иммунизации подлежат непривитые или лица, которые не имеют защитный уровень дифтерийного антитоксина за результатами серологического исследования, – титр менее 1:20 или менее 0,01 МЕ/мл.

В случае носительства среди персонала: полоскание горла октенисептом – 4 раза в день после еды 5-7 дней (лекарственные средства за рекомендацией врача), поливитамины.

В эпидемической ячейке – работа в маске.

Профилактика гриппа

Медицинские работники подлежат неспецифической и специфической профилактике в предэпидемический период, когда отмечается превышение многолетнего среднестатистического числа случаев заболеваний гриппом, подтвержденных лабораторно, и экстренной неспецифической профилактике в эпидемический период.

Для специфической профилактики гриппа используют живые, инактивированные, расщепленные и субединичные гриппозные вакцины отечественного и зарубежного производства, приготовленные из эпидемически актуальных штаммов вируса А (H1N1), Но и В в установленном порядке в соответствии с инструкциями по применению.

Вакцинация против гриппа совместима с другими прививками (в разные участки тела).

Для персонала в ячейке обязательное ношение 4-слоевых марлевых масок. Маски меняют каждые 3-4 часа работы. Длительность внутриочаговой профилактики колеблется от двух дней при прекращении контакта с источником инфекции до 5-7 дней, если контакт сохраняется.

Санитарно-гигиенические мероприятия. Обязательное обеззараживание посуды средствами и методами, разрешенными к применению в установленном порядке, влажная уборка помещений с использованием дезинфицирующих средств, проветривание помещений не менее четырех раз в день по 15 минут и обеззараживания воздуха в помещениях бактерицидными лампами.

Профилактика кори

Все медицинские работники в возрасте до 35 лет, которые не болели корью, непривитые, одноразово привитые или с неустановленным анамнезом прививок, подлежат одноразовой вакцинации (с учетом медицинских противопоказаний, изложенных в инструкции к препарату).

В ячейке кори проводится экстренная вакцинация или введение иммуноглобулина по эпидемиологическим показателям всем, кому принадлежит, в течение 72 часов с момента выявления первого больного.

Профилактика менингита

При благополучной эпидемиологической обстановке по менингококковой инфекции контактные в ячейке, как правило, не вакцинируются. Однако все подлежат бактериологическому обследованию.

При выявлении носителей, в том числе и среди медработников, они сануются: 0,5 ампициллина или левомицетина х 4 раза в день – 4 дня (другие препараты за рекомендацией специалиста).

В связи с ростом заболеваемости менингококковой инфекцией с целью предупреждения возникновения носительства менингококка серогруппы А иммунизации подлежит персонал домов ребенка. Иммунизации

также подлежат медицинские работники инфекционных стационаров, предназначенных для лечения больных менингококковой инфекцией.

Экстренной иммунизации в очагах менингококковой инфекции (при установлении менингококка серогруппы А или С) за указанием подлежат все контактные (в том числе и медицинский персонал).

IV. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ВРЕДНЫХ ВЛИЯНИЙ НА ОРГАНИЗМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВО ВРЕМЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основные направления профилактики неблагоприятного влияния профессиональных вредностей на здоровье медицинского персонала разного профиля.

Основным направлением профилактики является **оптимизация режима труда и отдыха** медицинских работников, как стационаров, так и амбулаторных и поликлинических отделений лечебно-профилактических учреждений, особенно это касается медперсонала хирургического профиля в связи с тем, что труд именно этой категории в период проведения оперативных вмешательств, сложных диагностических процедур, приема родов характеризуется высшей степенью эмоционального напряжения.

Следующее направление – **создание оптимальных микроклиматических условий** (в соответствии с действующими нормами), профилактика загрязнений воздуха на рабочих местах (эффективная работа систем вентиляции с кондиционированием и обеззараживанием воздуха, концентрация химических веществ в воздухе помещений не должна превышать предельно допустимые концентрации (ПДК) в соответствии с гигиеническими нормативами).

Труд многих медицинских работников связан с напряжением зрения, поэтому **соблюдение требований к освещению рабочих помещений и рабочих мест персонала** является важным элементом рациональной

организации труда. Соотношение общего и местного освещения играет большую роль в предупреждении утомляемости и предупреждении расстройств зрения, связанных со слишком ярким светом.

Особенное место занимают **вопросы радиационной безопасности**, особенно в травматологических отделениях, в отделениях общей и сосудистой хирургии. Все используемое медицинское и технологическое оборудование, которое генерирует ионизирующее и неионизирующее излучение, шум, вибрацию и ультразвук, должно отвечать действующим техническим условиям и стандартам, иметь санитарно-эпидемиологический вывод, который подтверждает его соответствие санитарным нормам. Кардинально решает вопрос защиты медицинского персонала от рентгеновского излучения применения аппаратуры с дистанционным управлением, что позволяет вывести медицинский персонал из поля облучения во время проведения рентгенографии или рентгеноскопии.

Как только возникает риск профессионального заболевания у медработника, следует запланировать и **осуществить изменение специальности**, тем более что в медицине это возможно без фундаментальных переобучений и переподготовок. Это же касается и труды медиков-женщин в период беременности, особенно, если они работают в хирургии, травматологии, акушерстве и гинекологии.

Важным направлением профилактики является **профессиональная ориентация в медицинских учебных заведениях** на конечных этапах подготовки будущих специалистов, а также **профессиональный отбор сотрудников** с учетом психофизиологических особенностей на такие медицинские специальности, к которым предъявляются наистрожайшие требования (для отделения гипербарической оксигенации, в бригады реаниматологов). Большое значение здесь имеют предыдущий медицинский обзор и систематические (не реже 1 раза в год) периодические медицинские обзоры с привлечением широкого круга специалистов: невропатологов, отоларингологов, офтальмологов, терапевтов, хирургов, гинекологов.

Одновременно нужно отметить, что представленные направления профилактики действия факторов профессиональных вредностей на здоровье медицинского персонала не всегда является достаточными для предотвращения профессиональным заболеванием у медиков.

Существующие инструкции по профилактике профессиональных заболеваний, как правило, своевременно приходятся до исполнителей тех или других видов работ и неоднократно контролируются. Их полное выполнение возможно как при надлежащем обеспечении условий труда (необходим набор производственных помещений, средств защиты), так и при личной ответственности каждого за свое здоровье. Последнее должно воспитываться обществом с момента рождения человека.

Тема 10
ОСНОВЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Учебная цель:

1.1. Усвоить общие требования безопасности к технологическому оборудованию и процессам в ЛПУ, основы пожарной безопасности и безопасной эксплуатации электрического оборудования.

2. Исходные знания и умения:

2.1. Знать:

2.1.1. Основные формы управления охраной труда и организации техники безопасности медицинских работников.

2.1.2. Классификацию помещений за степенью опасности поражения электрическим током.

2.1.3. Классификацию взрывоопасных, пожароопасных помещений и зон.

2.2. Уметь:

2.2.1. Организовать и руководить ситуацией относительно безопасной эвакуации персонала.

2.2.2. Спрогнозировать возможность возникновения профессиональных, производственных обусловленных заболеваний, несчастных случаев, аварийных ситуаций.

3. Вопросы для самоподготовки:

3.1. Основные формы управления охраной труда и организации техники безопасности медицинских работников.

3.2. Электробезопасность. Классификация помещений по степени опасности поражения электрическим током. Условия поражения человека электрическим током.

3.3. Безопасная эксплуатация электроустановок: электрозащитных средств и технических мероприятий.

3.4. Классификация взрывоопасных, пожароопасных помещений и зон.

3.5. Огнестойкость строительных конструкций и материалов, категории помещений по взрывопожароопасности.

3.6. Основные средства и мероприятия обеспечения пожарной безопасности производственного объекта. Пожарная сигнализация. Средства пожаротушения.

3.7. Действия персонала при возникновении пожара. Обеспечение безопасной эвакуации персонала. Обеспечение и контроль состояния пожарной безопасности на производственных объектах. Учеба правилам пожарной безопасности работников ЛПУ.

3.8. Прогнозирование возможности возникновения профессиональных, производственных обусловленных заболеваний, несчастных случаев, аварийных ситуаций.

Теоретический и практический материал

Общие требования безопасности к технологическому оборудованию и процессам в ЛПУ

Безопасность - это отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения убытка.

Производственная среда - это часть окружающей среды человека, который включает природно-климатические факторы и факторы, связанные с профессиональной деятельностью (шум, вибрация, токсичные пары, газы, пыль, ионизирующее излучение), называемые вредными и опасными факторами труда.

Производственная безопасность - система организационных мероприятий и технических средств, которые предотвращают или уменьшают вероятность влияния на работающих опасных травмирующих

производственных факторов, которые возникают в рабочей зоне в процессе трудовой деятельности.

К обеспечению производственной безопасности относятся:

- организационные мероприятия и технические средства защиты от поражения электрическим током
- защита от механических травм подвижными механизмами, подъемный транспортными средствами
- обеспечение безопасности систем высокого давления
- методы и средства обеспечения пожежовибухобезопаски.

1. Основные параметры электрического тока:

- частота электрического тока f (Гц)
- электрическое напряжение в сети V (В)
- сила тока I (А).

С точки зрения электробезопасности важное значение имеет тип электросетей.

В настоящее время наиболее распространены следующие типы электрических сетей:

1) четырех ведущие электросети из глубоко заземлением. Три провода в сети является фазными проводами, а один - нейтральный работающий провод. Нейтральная кранка сети и работающий нейтральный провод имеют соединение с землей (заземленные). Эти сети распространены как в промышленности, так и в бытовых электросетях.

2) трех проводниковые электролитные электросети с изолированной нейтралью. В этих сетях есть три разных провода, отсутствует нулевой рабочий провод, а нейтральная кранка изолированная от земли. Эти сети нашли не такая широкое распространение и используются в промышленности и технике для электроснабжения специальных технических устройств и технологических процессов.

Источники электроопасности

Электроток широко распространен в промышленности, технике, быту, транспорте, устройствах, машинах, технологическом оборудовании и приборах, которые используют для своей работы электрический ток и потому могут быть источниками опасности.

1. Поражение электрическим током может состояться при прикосновении к токоведущей части, расположенной под напряжением; отключенным струмоведущих частей, на которых остался заряд; электрической дугой, которая возникает при приближении человека к части высоковольтных установок, расположенных под напряжением на недопустимо малом расстоянии.

2. Анализ несчастных случаев свидетельствует о том, что количество травм, вызванных действием тока, сравнительно небольшое и составляет 0,5 -1% от общего количества несчастных случаев.

Однако, из общего количества несчастных случаев со смертельными последствиями на производстве 20- 40% случается в результате поражения электротоком, что больше, чем в результате действия других причин, причем около 80% смертельных поражений электрическим током происходит в электроустановках напряжением до 1000 В.

Разновидность влияния электрического тока на организм человека приводит к электротравма, которые условно разделяются на два вида:

1. местные электротравмы - это травмы, которые вызывают только местные повреждения организма;

2. общие электротравмы (электрические удары) - это травмы, когда поражается весь организм в результате нарушения нормальной деятельности жизненно важных органов и систем. Согласно статистическим данным распределение несчастных случаев от действия электрического тока в промышленности за видами травм имеет следующий вид:

- - местные электротравмы - 20%;
- - электрические удары -25%;

- - смешанные - 55%.

Местные электротравмы характеризуются ярко выраженными нарушениями целостности тканей, в том числе костей, и вызванные действием электрического тока.

Чаще всего это поверхностные повреждения кожи, а иногда и мягких тканей, связки и костей. Местные электротравмы лечатся и работоспособность пострадавшего возобновляется полностью или частично. Но при тяжелых ожогах человек умирает.

Электрический удар - это возбуждение живых тканей организма электрическим током, который сопровождается судорожными сокращениями мышц.

В зависимости от последствий и тяжести поражения электрические удары можно условно разделить на четыре степени:

1 ст. - судорожные сокращения мышц, которые сопровождаются сильной, едва сносимой болью без потери сознания.

2 ст. - судорожное сокращение мышц с потерей сознания, но с сохранением дыхания и работы сердца.

3 ст. - потеря сознания и нарушение сердечной деятельности или дыхание.

4 ст. - клиническая смерть, то есть остановка работы сердца и легких.

Параметры, которые определяют тяжесть поражения электрическим током. Основными факторами, которые определяют степень поражения электрическим током являются:

1. - сила тока, который протекает через человека
2. - время действия
3. - путь протекания.

Пути протекания тока. Опасные поражения электрическим током зависят от пути протекания тока через тело человека, так как путь определяет судьбу общего тока, который проходит через сердце.

Наиболее опасный путь «Правая рука - ноги. Потом по мере снижения опасности следуют: «левая рука - ноги »рука - рука »ноги - ноги ».

Время действия электротока. Чем дольше протекает ток через человека, тем он более опасен. Кроме того, с течением времени растут негативные последствия влияния тока на организм.

Частота тока. Наиболее опасный ток промышленной частоты 50 Гц. С ростом силы тока опасность поражения увеличивается.

Различают три критерия действия электротока на человека:

1. Предельный ощутимый ток (ощущение раздражения, легкое покачивание) 0,5-1,5 мА при переменном токе и 5,7 мА при постоянном токе (широко используется в промышленности и быту).

2. Предельный отпускной ток (ток, который вызывает при прохождении через тело человека непреодолимые судорожные сокращения мышц руки, в которой зажат проводник) 10 - 15 мА при переменном токе и 50-80 мА при постоянном токе

3. Предельный фибриляционный ток 100 мА при переменном токе и 300 мА при постоянном токе (неритмичные сокращения сердца, оно перестает работать как насос, который перекачивает кровь).

3. Помещение относительно безопасности поражения электротоком бывают:

1. Помещение с повышенной опасностью;
2. Особенно опасные помещения;
3. Помещение без повышенной опасности.

Помещения с повышенной опасностью характеризуются наличием одной из следующих условий, которые создают повышенную опасность:

1. Влажностью (относительная влажность воздуха превышает 75%);
2. Высокой температурой (температура воздуха превышает 35 °С);
3. Токопроводящей пыли (угольной, металлической).

Особенно опасные помещения характеризуются наличием высокой относительной влажности воздуха (100%) или химически активной среды,

или одновременного наличия обоих условий. Помещение без повышенной опасности - помещения, в которых отсутствуют все отмечены выше условия. Опасность поражения током существует везде, где используются электроустановки. Поэтому помещение даже без повышенной опасности нельзя назвать безопасными.

4. Первая помощь состоит из двух этапов:

1. - освобождение пострадавшего от действия тока
2. - предоставление ему первой помощи.

При освобождении человека от действия тока необходимо выключить рубильник, чтобы не поступал ток, а если он расположен далеко, то провод перерубить топором с деревянной ручкой. Мероприятия первой помощи зависят от самочувствия пострадавшего. Если он в сознании и к этому достаточно долгое время находился под действием тока, ему необходимо обеспечить полный покой к прибытию врача.

При отсутствии сознания, но сохранение дыхания, необходимо пострадавшего ровно и удобно положить на мягкую поверхность, растянуть пояс, одел и обеспечить приплыл свежего воздуха. Следует дать понюхать нашатырный спирт, взбрызнуть водой, растирать и разогревать тело. При отсутствии признаков жизни: дыхания, сердцебиения, пульса - к прибытию врача делать искусственное дыхание и массаж сердца.

1. Горением называется быстро протекающее химическое превращение веществ, которое сопровождается выделением большого количества теплоты с обычно ярким пламенем. *Горение бывает полное и неполное.*

Полное горение протекает при достаточном количестве кислорода и продуктов реакции воды, диоксида серы и углерода, азота, которые неспособны к последующему окислению.

Если *кислороду недостаточно* для окисления (14-15%), возникает *неполное горение*. При последующем уменьшении содержания кислорода горения прекращается. Для возникновения и развития процесса горения

обычно необходимы горючее, окислитель и источник загорания. Горение прекращается, если нарушить любые из этих условий. В зависимости от скорости процесса, горения может возникнуть в форме собственное горение, взрыву и детонации. Нормальной скоростью горения называется скорость перемещения пламени по неподвижной смеси вдоль нормали к ее поверхности.

Взрыв - быстрое превращение вещества во взрывное горение, которое сопровождается выделением энергии и образованиям сжатых газов, способных выполнять работу. Детонация горения, которое распространяется со скоростью, которая превышает скорость звука (тысячи метров в секунду).

Горение бывает галогенным и гетерогенным. При галогенном горении все реагирующие вещества имеют одинаковое агрегатное состояние, например, газообразный. Гетерогенные исходные вещества находятся в разных агрегатных состояниях.

Пожаром называется неконтрольное горение за пределами специального очага, который наносит материальный вред. Пожар характеризуется образованием *опасных факторов*, которые влияют на людей:

- 1) открыт огонь и искры;
- 2) повышена температура;
- 3) токсичные продукты горения;
- 4) дым;
- 5) занижена концентрация кислорода;
- 6) обрушение и повреждение зданий и сооружений.

2. Причиной взрыва или пожара на производстве может быть наличие в помещении горючей пыли и волокон. Вообще, причин возникновения источников зажжения в производственных условиях очень много. Источниками открытого огня являются технологические нагревательные печи, разнообразные реакторы, ренегат паши, где выжигают органические вещества из негорючих катализаторов, учреждения для

курения отходов, аппараты для газового резания и сварки металлов. Очень распространенными источниками пожаров является курение в неразрешенных местах.

Особенную группу представляют химические и микробиологические источники зажжения.

Химический импульс обусловлен тем, что некоторые химические вещества при взаимодействии с кислородом воздуха, водой и другими веществами способными к образованию экзотермических реакций.

Микробиологический импульс связан с жизнедеятельностью микроорганизмов. На основе статистических данных можно сделать вывод, что основными причинами пожаров на производстве является:

1. Неосторожное обращение с огнем;
2. Неудовлетворительное состояние электротехнических сооружений и нарушения правил их монтажа и эксплуатации;
3. Нарушение режимов технологических процессов;
4. Неисправность отопляемых устройств и нарушения правил их эксплуатации;
5. Невыполнение требований нормативных документов по вопросам пожарной безопасности.

3. Герметизированы системы, в которых под давлением находятся сжатые газы и жидкости (нередко токсичные, пожаро- и взрывоопасные или имеют высокую температуру), широко применяются как в современных производствах, так и в ЛПУ. Такие системы являются источниками опасности и потому при проектировании, изготовлении, эксплуатации и ремонте должны строго придерживаться установленных правил и норм, герметичность и непроницаемость жидкостями и газами стенок и соединений, ограничивают внутренние объемы устройств и установок.

Классификация герметических систем:

1) Трубопроводы. Жидкости и газы, которые транспортируются по трубопроводам, разбиты на восемь укрупненных групп, согласно которым установлены опознавательные расцветки трубопроводов.

2) Баллоны для охраны и перевозки стисненных, ожиженных и растворимых газов при температурах $-50 \dots +60 \text{ C}^0$. Для того, чтобы легко и быстро распознавать баллоны, предусмотренные для отдельных газов, предупреждать их ошибочное наполнение и предохранять поверхность от коррозии, на заводах-производителях баллоны красят в установленных стандартом цвета, наносят соответствующие надписи и полосы.

3) Сосуды для сниженных газов. Сниженные газы хранят и перевозят в стационарных и транспортных сосудах (цистернах), обеспеченных высокоэффективной тепловой изоляцией. Транспортные сосуды (цистерны) обычно имеют объем до 35 тис.л. Поверхность резервуаров красят эмалью, масляной или алюминиевой красками в светло-серый цвет. На транспортных сосудах наносят надписи и полосы.

4) Газгольдеры. Они могут быть низкого (постоянного) и высокого (переменного) давления. Газгольдеры высокого давления служат для создания запаса газа высокого давления. Газгольдеры низкого давления имеют большой объем и применяются для хранения запаса газа, приглушения пульсаций, выдачи газов и др. целей.

Причины возникновения опасности герметических систем.

Основными причинами нарушения или разгерметизации систем повышенного давления является:

- 1) внешние механические действия;
- 2) снижение механической упругости;
- 3) нарушение технологического режима;
- 4) конструкторские ошибки;
- 5) изменение состояния герметической среды;
- 6) неисправности в контрольно-измерительных и предохранительных

сооружениях;

7) ошибки обслуживающего персонала.

**Опасности, которые возникают в случае нарушения
герметичности систем:**

1) получение ожогов под действием высоких или, напротив, низких температур (термические ожоги) и через агрессивность среды (химические ожоги);

2) травматизм, связанный с высоким давлением газа в системе;

3) радиационная, что возникает при использовании в сооружениях в качестве теплоносителя жидких радиоактивных металлов;

4) отравления, связанные с применением инертных и токсичных газов.

4. Электростатические заряды возникают на поверхностях некоторых материалов, как жидких, так и твердых, в результате сложного процесса контактной электризации. Электризация возникает при трении двух диэлектрических или диэлектрического и ведущего материала, если последний изолированный. При делении двух диэлектрических материалов происходит деление электрических зарядов, причем материал, который имеет большую диэлектрическую проницаемость заряжается положительно, а меньшую - негативно.

Электростатические заряды образуются на кузове подвижного в сухую погоду, если резина колес имеет хорошие изолирующие свойства. В результате между кузовом и землей возникает электрическое напряжение, которое может достичь 10 кВ и привести к возникновению искры при выходе человека из автомобиля, разряд через человека на землю. На производстве в разных технологических процессах также образуются электрические заряды. Например, заряды могут возникнуть при измельчении, пересыпании и пневмотранспортировке твердых материалов, при переливании, перекачивании по трубопроводам, перевозе в цистернах диэлектрических жидкостей (бензина, керосина), при обработке на токарных станках материалов (резины, оргскла), при сматывании тканей, бумаги, плавки.

Опасные и вредные факторы статического электричества

При образовании заряда с большим электрическим потенциалом вокруг них образуется электрическое поле повышенной упругости. Установлено, что электрическое поле повышенной упругости вредно для человека. При длительном пребывании человека в таком поле наблюдаются функциональные изменения в центральной нервной системе, сердечнососудинной и других системах. Для человека характерная повышенная усталость, сонливость, снижение внимания, скорости реакций зрения. Наибольшая опасность электрических зарядов заключается в том, что искровой разряд может иметь энергию, достаточную для воспаления горючей или взрывоопасной смеси.

ИТОГОВЫЙ МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ

Перечень вопросов для итогового контроля из дисциплины

«Охрана труда в отрасли»

Тематический модуль 1. Общие вопросы охраны труда

1. Основные сроки и определение в отрасли охраны труда: охрана труда, условия труда, вредный производственный фактор, опасный производственный фактор, безопасные условия труда, рабочее место, техника безопасности.
2. Субъекты и объекты охраны труда.
3. Современное состояние охраны труда в Украине и за рубежом.
4. Общие вопросы охраны труда в медицине.
5. Правовые основы охраны труда (Конституция Украины, Кодекс законов о труде, Закон Украины “Об охране труда”).
6. Нормативно правовые акты из охраны труда (НПАОП): определение, основные требования и признаки. Структура НПАОП. Реестр НПАОП.
7. Национальные стандарты Украины по охране труда. Система стандартов безопасности труда (ССБП). Санитарные, строительные нормы, другие общегосударственные документы по охране труда.
8. Акты из охраны труда, которые действуют в организации, их состав и структура. Инструкции по охране труда. Разработка и утверждение актов из охраны труда, которые действуют в организации.
9. Ответственность должностных лиц и работников за нарушение законодательства по охране труда.
10. Социальное партнерство как принцип законодательного и нормативно правового обеспечения охраны труда. Социальный диалог в Европейском Союзе.

11. Международные нормы социальной ответственности. Стандарт SA 8000 “Социальная ответственность”. Международный стандарт ISO 26000 “Установка по социальной ответственности”.

12. Законодательная основа Евросоюза по вопросам охраны труда. Директивы ЕС по охране труда. Рамочная директива 89/391/ЕС “О введении мероприятий, которые способствуют улучшению безопасности и гигиены труда работников”.

13. Элементы системы управления охраной труда, международный стандарт OHSAS 18001:2007.

14. Трудовые нормы Международной организации труда. Конвенции и Рекомендации МОП. Основные Конвенции МОП в отрасли охраны труда.

15. Международное сотрудничество в отрасли охраны труда. Основные направления сотрудничества. Организация объединенных наций. Всемирная организация здравоохранения. Международное агентство из атомной энергии. Международная организация труда. Европейский Союз.

16. Охрана труда как неотъемлемая составляющая социальной ответственности.

17. Государственное управление охраной труда, государственный надзор и общественный контроль по охране труда в Украине. Органы государственного надзора по охране труда, их основные полномочия и права. Общественный контроль за соблюдением законодательства об охране труда.

18. Государственная служба Украины по вопросам труда, ее структура и функции.

19. Рискоориентированный подход в оценке потенциальной и реальной опасности вредного влияния факторов производственной среды на здоровье человека.

20. Выявление, оценка и уменьшение рисков опасных событий, управления качеством и формирования культуры безопасности.

21. Коллективный и трудовой договоры как отображения законодательства по охране труда. Закон Украины “О коллективных

договорах и соглашениях” и его содержании. Приказ Министерства труда и социальной политики Украины “Об утверждении формы трудового договора между работниками и физическим лицом”. Заключение трудового соглашения за спецификой видов работ и особенностями функциональных обязанностей. Регуляция вопросов охраны труда в коллективном договоре. Принятие на работу по контракту.

22. Ответственность должностных лиц и работников за нарушение законодательства относительно охраны труда.

23. Отраслевые программы улучшения состояния безопасности, гигиены труда и производственной среды. Положение об организации системы управления охраной труда в отрасли. Приказ МОЗ №268 от 30.09.94 “Про службу охраны труда системы Министерства здравоохранения”.

24. Структура, основные функции и задания управления охраной труда в медицинских учреждениях. Служба охраны труда лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), ее структура, численность, основные задания и функции. Права и обязанности работников службы охраны труда.

25. Комиссия по вопросам охраны труда в медицинских учреждениях, основные задания и права. Кабинеты промышленной безопасности и охраны труда, основные задания и направления работы.

26. Планирование мероприятий по охране труда. Выявление, оценка и уменьшение рисков опасных событий, управления качеством и культура безопасности. Учет и анализ показателей охраны труда. Планы локализации и ликвидации аварийных ситуаций и аварий.

27. Принципы организации, виды учебы и проверка знаний по вопросам охраны труда. Инструктаже по вопросам охраны труда, их виды. Стимулирование охраны труда.

28. Социально-экономический эффект охраны труда медицинских работников.

29. Приказ МОП Украины № 563 от 01.08.2001 “Об утверждении Положения об организации работы из охраны труда участников учебно-воспитательного процесса в учреждениях и учебных учреждениях”.

30. Гигиена и физиология труда – определение, цель, задачи, методы исследований.

31. Классификация опасных и вредных производственных факторов.

32. Основные физиологические признаки физического и умственного труда. Физиологические изменения, которые происходят в органах и системах организма человека при выполнении труда.

33. Работоспособность человека, динамика и причины ее изменения в течение рабочего дня.

34. Физиологическая суть усталости, существующие теории и современное понимание механизма ее возникновения.

35. Пути предупреждения развития усталости. Методика разработки рациональных режимов труда и отдыха.

Тематический 2. Особенности условий труда в медицинской отрасли

36. Классификация труда медицинских работников.

37. Психофизиологические вредные и опасные факторы производственной среды и их влияние на состояние здоровья медицинских работников.

38. Физические вредные и опасные факторы производственной среды и их влияние на состояние здоровья медицинских работников.

39. Химические вредные и опасные факторы производственной среды и их влияние на состояние здоровья медицинских работников.

40. Биологические вредные и опасные факторы производственной среды и их влияние на состояние здоровья медицинских работников.

41. Гигиенические особенности условий труда и состояния здоровья врачей разного профиля (хирургического, терапевтического, стоматологического и др.).

42. Особенности профессиональной и производственной обусловленной заболеваемости медицинских работников.

43. Основные методы и критерии санитарно-гигиенического оценивания условий труда медицинских работников. Понятие о тяжести, напряженности, вредности и небезопасности труда.

44. Методика оценки работы медицинских работников за критериями “Гигиенической классификации труда по показателям вредности и небезопасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса”, утвержденной приказом МОЗ Украины 08.04.2014 № 248.

45. Аттестация рабочих мест по условиям труда. Цель, основные задания и содержание аттестации. Организация работ и порядок проведения аттестации рабочих мест. Карта условий труда.

46. Основное содержание Постановлений Кабинета Министров Украины № 1232 от 30.11.2011г. “Некоторые вопросы расследования и учета несчастных случаев, профессиональных заболеваний и аварий на производстве” №270 от 22.03.01 г. “Об утверждении Порядка расследования и учета несчастных случаев непроизводственного характера” и № 1662 от 8.11.2000 г. “Об утверждении перечня профессиональных заболеваний”.

47. Методика расследования и учета несчастных случаев на производстве.

48. Методика расследования и учета несчастных случаев непроизводственного характера.

49. Травматизм, острые и хронические профессиональные заболевания и отравления в медицине, методика их учета и расследования.

50. Мероприятия профилактики несчастных случаев, травматизма и профессиональных заболеваний медицинских работников.

51. Фонд социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Закон Украины “Об общеобязательном государственном социальном страховании от несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, которые повлекли

потерю работоспособности”. Возмещение вреда пострадавшему на производстве.

***Тематический модуль 3. Специальные вопросы охраны труда
медицинской отрасли.***

52. Гигиенические требования к проектированию и застройке лечебно-профилактических учреждений.

53. Требования безопасности во время эксплуатации основного медицинского оборудования.

54. Мероприятия по снижению физической и нервно-психической перегрузки медицинских работников. Научная организация труда в ЛПУ. Рациональная организация рабочего места и мебели. Основные пути предотвращения возникновения усталости.

55. Мероприятия по уменьшению неблагоприятного действия физических факторов на организм медицинских работников. Требования к микроклимату.

56. Мероприятия по снижению неблагоприятного действия шума, вибрации, ультразвуку.

57. Требования к производственному освещению рабочих мест медицинских работников.

58. Требования к ультрафиолетовому излучению, электромагнитных полей радиочастот и лазерного излучения на рабочих местах медицинских работников.

59. Требования к видеотерминалам и персональным ЭВМ.

60. Требования к ионизирующему излучения медицинских и фармацевтических работников.

61. Мероприятия по уменьшению неблагоприятного действия химических факторов на организм медицинских работников. Пути предупреждения загрязнения воздуха рабочей зоны вредными химическими веществами.

62. Мероприятия профилактики вредного влияния биологических факторов. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим больницы.

63. Гигиеническое воспитание и санитарное образование.

64. Требования к средствам индивидуальной защиты и рабочей одежды медицинских работников.

65. Организация воздухообмена в помещениях ЛПУ, вентиляция.

66. Охрана труда медицинского персонала в отдельных структурных подразделениях ЛПУ (операционном блоке, радиодиагностических подразделениях, физиотерапевтических кабинетах, патологоанатомических отделениях и моргах), основные нормативные документы, которые регламентируют эти вопросы.

67. Основы организации охраны труда персонала в фармацевтической отрасли.

68. Нормы рабочего времени для работников учреждений и учреждений здравоохранения.

69. Охрана труда в высших медицинских учебных учреждениях.

70. Гарантии прав работников по охране труда, льготы и компенсации за тяжелые и вредные условия труда. Обязанности работников относительно сдержки требований нормативно правовых актов по охране труда.

71. Охрана труда женщин, несовершеннолетних, лица старших возрастных групп и инвалидов, основные нормативные документы, которые регламентируют эти вопросы.

72. Медицинские осмотры медицинских работников. Основные положения Приказа МОЗ Украины №246 от 21.05.2007 года “Об утверждении Порядка проведения медицинских осмотров работников определенных категорий”.

73. Профилактика внутрибольничных инфекций как составляющая охраны труда в медицине.

74. Понятие об опасных инфекционных заболеваниях.

75. ВИЧ и СПИД в практике врача. Возможны пути попадания биологического материала от Вич-инфицированного в организм медицинского работника. Понятие о “производственной аварии” и экстренном обращении к Центру СПИД/Института инфекционных заболеваний.

76. Основные положения Закона Украины “О противодействии распространению болезней, предопределенных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут из ВИЧ” та Законом Украины Об утверждении Общегосударственной целевой социальной программы противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу на 2014-2018 годы № 1708-VII от 20.10.2014.

77. Основные положения Приказов МОЗ Украины № 955 от 05.11.2013 “Порядок проведения экстренной постконтактной профилактики Вич-инфекции у работников при выполнении профессиональных обязанностей” № 148 от 17.03.2015 “Об утверждении Порядка подтверждения связи заражения Вич-инфекцией с выполнением работником своих профессиональных обязанностей” № 955 от 05.11.2013 “Об утверждении нормативно правовых актов относительно защиты от заражения Вич-инфекцией при выполнении профессиональных обязанностей”.

78. Вирусные гепатиты, их потенциальная опасность для медицинских работников. Профилактика инфицирования вирусами гепатита та иммунопрофилактика при контакте с биологическими материалами больного гепатитом.

79. Постановление КМ Украины № 637 от 29.04.13 г. “Об утверждении Государственной целевой социальной программы профилактики, диагностики и лечения вирусных гепатитов на период до 2016 года”.

80. Туберкулез и его распространенность в Украине и мире. Потенциальная профессиональная опасность для медицинских работников.

81. Мероприятия профилактики заражения туберкулезом медицинских работников. Законы Украины “О противодействии заболеванию на

туберкулез”, “Об утверждении Общегосударственной целевой социальной программы противодействия заболеванию на туберкулез на 2012-2016 годы”.

82. Цвета, знаки безопасности и сигнальная разметка.

83. Общие требования безопасности к технологическому оборудованию и процессам в ЛПУ. Безопасность во время эксплуатации систем под давлением и криогенной техники.

84. Электробезопасность. Классификация помещений за степенью опасности поражения электрическим током.

85. Условия поражения человека электрическим током. Безопасная эксплуатация электроустановок: электротехнические средства и мероприятия.

86. Основы пожарной безопасности. Государственный пожарный надзор. Пожарная профилактика при проектировании и эксплуатации ЛПУ и медицинского оборудования.

87. Показатели взрывопожароопасных свойств материалов и веществ. Категории помещений по взрывопожароопасности. Классификация взрывоопасных и пожароопасных помещений и зон. Огнестойкость строительных конструкций и материалов.

88. Основные средства и мероприятия обеспечения пожарной безопасности производственного объекта. Пожарная сигнализация. Средства пожаротушения.

89. Действия персонала при возникновении пожара. Обеспечение безопасной эвакуации персонала. Обеспечение и контроль состояния пожарной безопасности на производственных объектах. Обучение правилам пожарной безопасности работников ЛПУ.

Практические вопросы

1. Применять требования законодательных и нормативных документов для внедрения методов и средств системы охраны труда работающие в медицинских заведениях.

2. Применять основные формы организации и управления охраной

труда медицинских работников.

3. Обнаруживать вредные и опасные факторы производственной среды на рабочем месте медицинских работников и давать им гигиеническую оценку.

4. Давать оценку организации рабочего места, мебели, медицинского оборудования в ЛПУ.

5. Прогнозировать возможность возникновения профессиональных, производственных обусловленных заболеваний, несчастных случаев, аварийных ситуаций.

6. Проводить аттестацию рабочих мест по условиям труда по показателям тяжести, напряженности, вредности и опасности производственного процесса.

7. Обосновывать и разрабатывать план мероприятий по оздоровлению условий труда медицинских работников и контроля их эффективности.

8. Проводить контроль за соблюдением правил личной гигиены и использования средств индивидуальной защиты медицинских работников.

9. Проводить расследование и учет несчастных случаев, острых и хронических профессиональных заболеваний, случаев травматизма в медицинской отрасли.

10. Организовывать мероприятия противопожарной и электробезопасности.

11. Разрабатывать инструкции из охраны труда для медицинских работников.

12. Проводить обучение и проверку знаний по охране труда.

Рекомендованная литература

Основная (базова)

1. Охорона праці в медичній галузі : навч.-метод. посіб. / О.П. Яворовський, М.І. Веремей, В.І. Зенкіна та ін. – К. : ВСВ “Медицина”, 2015. – 208 с.
2. Безпека життєдіяльності, основи охорони праці: навч. посіб. / О.П. Яворовський, В.М. Шевцова, В.І. Зенкіна та ін.; за заг. ред О.П. Яворовського. – К.: ВСВ “Медицина”, 2015. – 288 с.
3. Безпека життєдіяльності, основи охорони праці: Навчально-методичний посібник/ упор.: О.П. Яворовський, В.М. Шевцова, Г.А. Шкурко та ін.- Черкаси: видавець Чабаненко Ю.А., 2012. – 232 с.
4. Гігієна праці: Підручник /Ю.І. Кундієв, О.П. Яворовський, А.М. Шевченко та ін.; за ред. акад. НАН України, НАМН України, проф. Ю.І. Кундієва, чл-кор. НАМН України проф. О.П.Яворовського.- К.: ВСВ “Медицина”, 2011.- 904с.

Дополнительная:

1. Гігієна та охорона праці медичних працівників. Навчальний посібник/За ред. В.Ф. Москаленка, О.П. Яворовського. – К.: “Медицина”, 2009. – С.6-56.
2. Гігієна та охорона праці медичних працівників. Навчальний посібник /За ред. В.Ф.Москаленка, О.П.Яворовського. – К.: «Медицина», 2009. – 176 с.
3. Конституція України. Основний закон від 28.06.1996.
4. Кодекс законів про працю України. Закон № 322-VIII від 10.12.71.
5. Закон України “Про охорону праці” від 14.10.92.
6. Закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” № 4004-XII від 24.02.94.
7. Закон України “Про колективні договори та угоди”№ 1874 від 24.12.95.
8. Закон України “Про страхові тарифи на загальнообов’язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності”№ 1423 від 13.09.2000.
9. Закон України “Про адміністративні порушення” № 8074-10 від 07.12.84.
10. Основи законодавства України про охорону здоров’я № 2802-XII від 19.11.92.

11. Закон України “Про захист людини від впливу іонізуючих випромінювань” № 15/98-ВР від 14.01.1998.
12. Кодекс цивільного захисту України № 5403-VI від 02.10.2012.
13. Закон України “Про об’єкти підвищеної небезпеки” № 2245-III від 18.01.2001.
14. Закон України Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки № 1708-VII від 20.10.2014.
15. Закон України “Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ” № 1972-XII від 12.12.1991.
16. Закони України “Про протидію захворюванню на туберкульоз” № 2586-III від 05.07.2001.
17. Постанова Кабінету Міністрів України “Порядок розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві” № 1232 від 30 листопада 2011 року.
18. Постанова Кабінету Міністрів України №1662 від 08.11.2000 “Про затвердження переліку професійних захворювань”.
19. Постанова Кабінету Міністрів України № 442 від 1.08.1992 “Про Порядок проведення атестації робочих місць за умовами праці”.
20. Постанова Кабінету Міністрів України № 559 від 23.05.2001 “Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов’язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок”.
21. Постанова КМ України № 637 від 29.04.13 р. “Про затвердження Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року”.
22. Постанова КМ України № 955 від 05.11.2013 “Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов’язків”.
23. Постанова КМ України № 148 від 17.03.2015 “Про затвердження Порядку підтвердження зв’язку зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов’язків”.
24. Наказ МОЗ України № 268 від 30.09.94 “Про службу охорони праці системи Міністерства охорони здоров’я України”.
25. Наказ МОЗ України №133 від 25.03.2003 “Про затвердження Переліку спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, які мають право встановлювати остаточний діагноз щодо професійних захворювань”.
26. Наказ МОЗ України №614 від 13.12.2004 “Про затвердження Порядку складання та вимоги до санітарно-гігієнічних характеристик умов праці”.
27. Наказ МОЗ України №246 від 21.05.2007 року “Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій”.
28. Наказ МОЗ України №256 від 29.12.93 “Перелік робіт з

шкідливими або небезпечними умовами праці, на яких забороняється використання праці жінок”.

29. Наказ МОЗ України №276 від 10.12.93 “Граничні норми піднімання і переміщення важких речей жінками”.

30. Наказ МОЗ України №46 від 31.03.94 “Перелік важких робіт з шкідливими або небезпечними умовами праці, на яких забороняється використання праці неповнолітніх”.

31. Наказ МОЗ України №59 від 22.03.1995 “Граничні норми підіймання і переміщення важких речей неповнолітніми”.

32. Наказів МОЗ України № 955 від 05.11.2013 “Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов’язків”.

33. Наказ МОЗ України “Про введення оперативного контролю за станом охорони праці в установах, закладах та на підприємствах системи МОЗ України” № 444 від 01.11.2001.

34. “Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу”, затверджена наказом МОЗ України № 248 від 08.04.2014.

35. Наказ Держнаглядохоронпраці України № 15 від 26.01.05 “Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці”.

36. Наказ Держнаглядохоронпраці України № 15 від 26.01.05 “Перелік робіт з підвищеною небезпекою”.

37. Наказ Держнаглядохоронпраці України № 255 від 15.11.04 “Типове положення про службу охорони праці”.

38. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України № 260 від 08.06.01 “Про затвердження форми трудового договору між працівниками і фізичною особою та порядку реєстрації трудового договору між працівниками і фізичною особою”.

39. Норми радіаційної безпеки України (НРБУ-97). – Київ: Відділ поліграфії Українського центру держсанепіднагляду МОЗ України, 1998. – 125 с.

40. ДСН 3.3.6.039-99 “Державні санітарні норми виробничої загальної та локальної вібрації”.

41. ДСН 3.3.6.037-99 “Державні санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку”.

42. “Санитарные нормы допустимого шума, создаваемого изделиями медицинской техники в помещениях лечебно-профилактических учреждений” № 3057-84.

43. ДСН 3.3.6.042-99 “Санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень”.

44. ДБН В.2.5-28-2006 “Природне та штучне освітлення”.

45. СН 4557-88 “Санитарные нормы ультрафиолетового излучения в

производственных помещениях”.

46. Санитарные нормы и правила устройства и эксплуатации лазеров (утв. Главным государственным санитарным врачом СССР 31 июля 1991 г. № 5804-91).

47. ДСН 3.3.6.096-02 “Державні санітарні норми і правила при роботі з джерелами електромагнітних полів”.

48. ДСанПіН 3.3.2.007-98 “Державні санітарні правила і норми роботи з візуальними дисплейними терміналами електронно-обчислювальних машин”.

49. ГОСТ 12.0.003-74 ССБТ “Опасные и вредные производственные факторы. Классификация”.

50. ГОСТ 12.1.007-74 ССБТ “Вредные вещества. Классификация и общие требования безопасности”.

51. ГОСТ 12.1.005-88 ССБТ “Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны”.

52. ГОСТ 12.1.004-91 ССБТ “Пожарная безопасность. Общие требования”.

53. ГОСТ 12.1.010-76 ССБТ “Взрывоопасность. Общие требования”.

54. ГОСТ 12.1.012-90 ССБТ “Вибрационная безопасность. Общие требования”.

55. ГОСТ 12.1.029-80 ССБТ “Средства и методы защиты от шума. Классификация”.

56. ГОСТ 12.1.030-81 ССБТ “Электробезопасность. Защитное заземление, зануление”.

57. ГОСТ 12.1.044-89 ССБТ “Пожаровзрывоопасность веществ и материалов”.

58. ГОСТ 12.4.013-85 Е ССБТ “Очки защитные. Общие технические условия”.

59. ГОСТ 12.4.026-76 ССБТ “Цвета сигнальные и знаки безопасности”.

60. ГОСТ 12.4.034-85 ССБТ “Средства индивидуальной защиты органов дыхания. Классификация и маркировка”.

61. ГОСТ 12.4.124-83 ССБТ “Средства защиты от статического электричества. Общие технические требования”.

62. ГОСТ 12.4.068-79 ССБТ “Средства индивидуальной защиты дерматологические. Классификация и общие требования”.

63. ГОСТ 12.4.115-82 ССБТ “Средства индивидуальной защиты работающих. Общие требования к маркировке”.

64. ГОСТ 23134-78 “Уборы головные медицинские. Технические условия”.

65. ГОСТ 24760-81 “Халаты медицинские женские. Технические условия”.

66. ГОСТ 25194-82 “Халаты медицинские мужские. Технические условия”.

67. ДСТУ 2293-99 “Охорона праці. Терміни та визначення основних понять”.
68. ДСТУ-П OHSAS 18001-2006 “Системи управління безпекою та гігієною праці. Вимоги”.
69. ДСТУ-П OHSAS 18002-2006 “Система управління безпекою та гігієною праці. Основні принципи виконання вимог OHSAS 18001”.
70. ДСТУ 2299-93 “Засоби індивідуального захисту органів дихання. Терміни та визначення”.
71. ДСТУ 3038-95 “Гігієна. Терміни та визначення основних понять”.
72. ДСТУ 2272:2006 “Пожежна безпека. Терміни та визначення основних понять”. – К.: Держспоживстандарт, 2007. – 28 с.
73. ДБН В.2.2-9:2009 “Громадські будинки та споруди”.
74. ДБН В 2.2-10-01 “Проектування закладів охорони здоров’я”.
75. ДБН В.2.5-67:2013 “Опалення, вентиляція та кондиціонування”.
76. ДБН В.1.1-31:2013 “Захист територій, будинків і споруд від шуму”.
77. СП 2813-83 “Правила и нормы применения открытых радиофармацевтических препаратов в диагностических целях”.
78. СП 2672-83 “Єдині санітарні правила для підприємств (виробничих об’єднань), цехів та ділянок, призначених для використання праці інвалідів та пенсіонерів за старістю”.
79. ГР 2049-79 “Гігієнічні рекомендації до раціонального працевлаштування вагітних жінок”.
80. Наказ МОН України № 563 від 01.08.01 “Положення про організацію роботи з охорони праці учасників навчально-виховного процесу в установах і закладах освіти”.
81. ДНАОП 0.00-1.21-98 “Правила безпечної експлуатації електроустановок споживачів”.
82. НАОП 9.1.50-1.02-59 “Правила з санітарії при роботі в протитуберкульозних установах системи Міністерства охорони здоров’я СРСР”.
83. НАОП 9.1.50-1.04-64 “Правила обладнання і експлуатації приміщень патологоанатомічних відділень і моргів (патогістологічних і судово-гістологічних лабораторій) лікувально-профілактичних і судово-медичних установ, інститутів та навчальних закладів”.
84. НПАОП 85.11-1.06-70 (НПАОП 85.11-1.06-70) “Правила обладнання, експлуатації та техніки безпеки фізіотерапевтичних відділень (кабінетів)”.
85. НПАОП 85.14-1.08-79 (НПАОП 85.14-1.08-79) “Правила з охорони праці працівників дезінфекційної справи та з утримання дезінфекційних станцій, дезінфекційних відділів, відділень профілактичної дезінфекції санітарно-епідеміологічних станцій, окремих дезінфекційних установок”.
86. НПАОП 85.14-1.09-81 (НПАОП 85.14-1.09-81) “Правила устройства, техники безопасности, производственной санитарии,

противоэпидемического режима и личной гигиены при работе в лабораториях (отделениях, отделах) санитарно-эпидемиологических учреждений системы Министерства здравоохранения СССР”.

87. НАОП 9.1.50-1.10-84 (НПАОП 85.11-1.10-84) “Правила з техніки безпеки при експлуатації виробів медичної техніки в установах охорони здоров’я. Загальні вимоги”.

88. НАОП 9.1.50-1.13-59 (НПАОП 85.11-1.13-59) “Правила обладнання і експлуатації інфекційних установ (інфекційних відділень, палат), а також охорони праці персоналу цих установ”.

89. НАОП 9.1.50-1.15-69 “Санітарні правила проектування, обладнання, експлуатації та утримання виробничих і лабораторних приміщень, які призначені для проведення робіт з ртуттю, її сполуками та приладами”.

90. НАОП 9.1.50-2.01-70 (ОСТ 42-21-11-81) “Кабінети і відділення променевої терапії. Вимоги безпеки”.

91. НАОП 9.1.50-2.02-3 (ОСТ 42-21-15-83) “Кабінети рентгенодіагностичні. Вимоги безпеки”.

92. НАОП 9.1.50-2.08-86 (ОСТ 42-21-16-86) “Відділення, кабінети фізіотерапії. Загальні вимоги безпеки”.

93. НАОП 9.1.50-3.01-88 (НПАОП 85.0-3.01-88) “Галузеві норми безплатної видачі спецодягу, спецвзуття та інших засобів індивідуального захисту, а також норм санітарного одягу і санітарного взуття працівникам установ, підприємств і організацій системи охорони здоров’я”.

94. НАОП 9.1.50-5.01-88 “Типова інструкція з охорони праці при проведенні робіт з лазерними апаратами”.

95. НАОП 9.1.50-5.02-88 “Типова інструкція з охорони праці для персоналу операційних блоків”.

96. НАОП 9.1.50-5.04-85 “Типова інструкція з техніки безпеки і виробничої санітарії для персоналу радіодіагностичних підрозділів лікувально-профілактичних установ”.

97. НАОП 9.1.50-5.05-84 “Типова інструкція з техніки безпеки і виробничої санітарії для персоналу рентгенодіагностичних кабінетів лікувально-профілактичних установ системи міністерства охорони здоров’я СРСР”.

98. НАОП 9.1.50-5.07-85 “Типова інструкція з техніки безпеки при обслуговуванні і ремонті будинків та споруд”.

99. НАОП 9.1.50-5.08-85 “Типова інструкція з техніки безпеки при роботі в стерилізаційних установках”.

100. НАОП 9.1.50-6.03-88 (ГМВ 42-21-26-88) “Галузеві методичні вказівки. Відділення гіпербаричної оксигенації. Правила експлуатації і ремонту”.

101. НАОП 9.1.50-6.04-91 “Методичні рекомендації щодо поліпшення умов праці медичних працівників, які зайняті ультразвуковою діагностикою”.

102. НПАОП 0.00-1.28-10 “Правила охорони праці під час експлуатації

електронно-обчислювальних машин”.

103. Гігієна праці (методи досліджень та санітарно-епідеміологічний нагляд). /За ред. А.М.Шевченка, О.П.Яворовського.– Вінниця: НОВА КНИГА, 2005.- 528с.

104. Гигиена и охрана труда медицинских работников /В.И. Свидовый, Е.Е. Палишкина - СПб.: Издательство СПб ГМА им. И.И.Мечникова, 2006. - 90 с.

105. Конвенції МОП з гігієни і охорони праці.

Информационные ресурсы

1. Официальное Интернет-представительство Президента Украины
<http://www.president.gov.ua/>.

2. Верховная Рада Украины <http://www.rada.gov.ua/>.

3. Кабинет Министров Украины <http://www.kmu.gov.ua/>.

4. Министерство здравоохранения Украины
<http://moz.gov.ua/ua/portal/>.

5. Министерство образования и науки Украины
<http://www.mon.gov.ua/>.

6. Министерство экологии и природных ресурсов Украины
<http://www.menr.gov.ua/>.

7. Державна служба України із надзвичайних ситуацій
<http://www.dsns.gov.ua/>.

8. Государственная служба Украины по вопросам труда
<http://dsp.gov.ua/>.

9. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>.

10. Международная организация труда <http://www.ilo.org/global/lang-en/index.htm>.

СОДЕРЖАНИЕ

№ з/р	Тема занятия	Стр.
1.	Правовые и организационные основы охраны труда.	4
2.	Организация охраны труда в медицинских учреждениях и заведениях высшего медицинского образования.	45
3.	Гигиена и физиология труда, значения для создания безопасных условий труда.	77
4.	Профессиональные вредности при выполнении функциональных обязанностей медицинских работников.	97
5.	Гигиеническая характеристика условий труда и состояния здоровья медицинских работников.	123
6.	Несчастные случаи и аварии в ЛПЗ, их расследование и учет.	139
7.	Гигиена и охрана труда в медицинских заведениях.	158
8.	Охрана труда в отдельных структурных подразделениях ЛПЗ и высших медицинских учебных заведениях.	173
9.	Опасные инфекционные заболевания в работе медицинских работников.	208
10.	Основы производственной безопасности медицинских работников.	246
	Литература	268