аста болеют ОРЗ в среднем I раз, 4,2±0,3% - 2 раза и больше год.

3. Высокая заболеваемость ОРЗ определена у лиц более старшего возраста, у руководящих работников, у лиц, подвергающихся воздействию пыли на рабочем месте и у максимально употребляющих алкогольные напитки; закаливание организма является средством выбора в деле снижения отрицательного влияния этих кофакторов.

4. Более частая заболеваемость ОРЗ сочетается с более высокой распространенностью хронического бронхита и предбронхита; борьба с ОРЗ является основой первичной, вторичной и третичной профилактики хронического бронхита, дополнительно снижающей уровень временной утраты трудоспособности.

Литература

I. Жогжда А.Ю., Стапонкене М.А., Пяткявичене Р.И. Математическое определение и распространенность предболезни хронического бронхита// Сов.медицина. - 1985. - № 3. - С. 61-65.

2. Кокосов А.Н. Хронический бронхит - современное представление и нерешенные вопросы// Актуальные проблемы пульмонологии: Сб.науч.тр. ВНИИП. - Л. - 1982. - С. 34-43.

3. Пяткявичене Р. Развитие бронхиальной астмы предиспонирующие факторы на трех текстильных предприятиях г.Каунас - Автореферат канд.дисс. - Каунас. - 1975.

4. Стапонкене М.А. Употребление алкогольных напитков как кофактор бронхопульмонального риска// Проблемы пьянства и алкоголизма. - Вильнюс. - 1987. - С. 139-142.

УДК 616.2+616.28:364.465(07.07)

## ПРЕПОДАВАНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА

Е.Н.Медведский

Изучение профессиональной деятельности врачей в первые годы после окончания института обнаруживает недостаточную степень их подготовленности в вопросах экспертизы временной нетрудоспособности. Много ошибок допускается ими как в оформлении больничных листов, так и в определении сроков нетрудоспо-

собности при различных заболеваниях.

Проведенная в свое время (1980 г.) Министерством здравоохранения массовая проверка правильности и обоснованности выдачи больничных листов (проверено 22% от общего числа учреждений) показала, что с нарушением действующих инструкций выдано 3% больничных листов. Как отмечалось в приказе МЗ СССР (№ 1157 от 10.11.81 г.) одной из основных причин неудовлетворительного состояния экспертизы временной нетрудоспособности является недостаточная вузовская подготовка врачей по вопросам экспертизы нетрудоспособности.

В этой связи, весьма небезинтересно отметить какое большое внимание было уделено экспертизе временной нетрудоспособности при обсуждении основных направлений развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР. Из общего количества поступивших при обсуждении предложений (3521), посвященных вопросов развития системы здравоохранения и повышения качества медицинской помощи, наибольшее число их относится к качеству и организации экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности. В результате обсуждения проекта основных направлений перестройки здравоохранения в утвержденный ЦК КПСС и Советом Министров СССР документ включено положение о том, чтобы проведение комплексных крупномасштабных мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и травматизма обеспечило к 2000 году снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 15-20 процентов.

Такая постановка вопроса определяет и те задачи, которые должны решать клинические кафедры по совершенствованию преподавания экспертизы временной нетрудоспособности.

Первое знакомство студентов с экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности происходит на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения. Студентам преподносятся правила хранения, выдачи и оформления больничных листов. Определение же сроков временной нетрудоспособности при различных заболеваниях изучается на профильных клинических кафедрах.

К сожалению, в учебнике "Болезни уха, горла, носа" В.Т.Пальчун, Н.А.Преображенский) вопросы экспертизы временной нетрудоспособности освещены недостаточно полно и в нужной мере

не систематизированы, что затрудняет возможность получения студентами необходимых знаний по этому разделу врачебной деятельности. На практических же занятиях этот пробел компенсировался только в той мере, в какой конкретный преподаватель по своему умению и желанию знакомит студентов с экспертизой трудоспособности при отдельных ЛОР-заболеваниях.

Начиная с 1983 года на кафедре оториноларингологии Витебского медицинского института введены некоторые усовершенствования в преподавании ЛОР-экспертизы.

Подготовлено учебное пособие для студентов лечебного факультета "Врачебно-трудовая экспертиза временной нетрудоспособности при заболеваниях верхних дыхательных путей и уха", которое тиражировано в достаточном количестве, чтобы обеспечить им каждого студента.

В связи с тем, что в настоящее время увеличено количество учебных часов на практические занятия, нами выделяется два часа на изучение студентами экспертизы временной нетрудоспособности при заболеваниях верхних дыхательных путей и уха. Это занятие проводится непосредственно перед тем, как студенты направляются в поликлинику для амбулаторного приема больных. Содержание занятия по экспертизе трудоспособности вкратце сводится к следующему. Поскольку ознакомление студентов с правилами хранения, выдачи и оформления больничных листов является прерогативой кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения, мы только уточняем у студентов, что им известно по этому вопросу. В случае, если у них есть пробелы в знаниях, им даются соответствующие пояснения.

Особое внимание студентов обращается на обоснованность выдачи больничных листов, на нравственно-этическую сторону вопроса, на необходимость правильного оформления амбулаторной карты больного с учетом освобождения его от работы. Частой непреднамеренной ошибкой студентов при оформлении амбулаторной карты является недостаточно четкое отражение объективных данных заболевания, на основании которых больной освобождается от работы.

Пример. Выдается больничный лист больному Александрову П.В. 24 лет по заболеванию: катаральная ангина. В амбулаторной кар-

те читаем следующее. Больной жалуется на боли при глотании, на протяжении 2 дней после переохлождения. При фарингоскопии определяется покраснение слизистой оболочки зева. Остальные ЛОР-органы без патологии. Диагноз: катаральная ангина. Дальше следует запись о назначении лечения и выдачи больничного листа.

При таком оформлении амбулаторной карты выдачу больничного листа можно признать необоснованной, хотя в действительности у больного имеется катаральная ангина и ему положено освобождение от работы. Одна из ошибок заключается в том, что фраза "покраснение слизистой оболочки зева" не определяет органа, ибо зев - это не материальный субстрат, а отверстие, окруженное рядом анатомических образований. Хорошо известно что ангина - это заболевание миндалин, но о них в амбулаторной карте ничего не сказано. Ангины, как правило, сопровождаются повышением температуры тела, а об этом в амбулаторной карте соответствующей записи нет. Боли же при глотании, о которых сказано в амбулаторной карте, могут наблюдаться при боковом фарингите, при остром гранулезном фарингите, при хроническом атрофическом фарингите и при некоторых других заболеваниях, при которых отсутствуют показания для выдачи больничного листа. Таким образом, диагноз в амбулаторной карте недостаточно обоснован. Общая наша установка в этом вопросе сводится к тому, что обоснование диагноза должно являться и основанием к освобождению от работы по соответствующим показаниям.

Много внимания уделяется вопросу снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Студентам дается разъяснение, что снижение заболеваемости на 15-20% к 2000 году должно достигаться за счет своевременной диагностики заболевания, проведения полноценного лечения, принятия профилактических мероприятий, а не за счет преждевременной выписки больных на работу. Последнее может привести к развитию различного рода осложнений, что повлечет за собой ухудшение состояния здоровья пациентов и, как следствие, увеличения сроков лечения и пребывания на больничном листе, т.е. к прямо противоположным результатам.

На занятиях приводятся конкретные примеры влияния профессии больного на продолжительность нетрудоспособности по одному и тому же заболеванию. Так, например, острый ларингит при правильном режиме ("голосовая" диета, исключение курения и приема алкоголя) и лечении длится 4-7 дней, на которое и дается освобождение от работы. При общем хорошем состоянии, отсутствии вредных производственных факторов и необходимости длительной и громкой речи (водители такси, автобусов, троллейбусов, тракторов и других видов транспорта, вахтеры и т.д.) больные могут выписываться на работу раньше этого срока или лечиться амбулаторно без освобождения от работы. Для больных, профессия которых требует интенсивного или длительного пользования речью (певцы, артисты, педагоги, лекторы, телефонисты, экскурсоводы и т.д.) срок нетрудоспособности может быть продлен до 10-12 дней, до полного восстановления подвижности голосовых складок и ликвидации воспалительного процесса в гортани.

Определенный акцент делается на экспертизе временной нетрудоспособности при обострении хронических заболеваний (хронический тонзилит, хронический гнойный средний отит, хронические синуиты и т.д.).

Например, при хроническом тонзиллите рецидивирующие ангины могут повторяться до 5-6 раз в год и при каждом обострении лечение больных сопровождается освобождением от работы. Следовательно, очень важно в целях сохранения здоровья и предупреждения инвалидности предложить пациентам хирургическое лечение тонзиллита - тонзиллэктомию. Эта операция явится профилактикой ангин, а, следовательно, приводит к снижению заболеваемости с утратой трудоспособности.

Полученные студентами знания по экспертизе временной нетрудоспособности при заболеваниях верхних дыхательных путей и уха закрепляются на практических занятиях по приему ЛОР-больных в поликлинике. Студенты самостоятельно, под руководством преподавателя, оформляют амбулаторные карты, выписывают, продлевают и закрывают больничные листы. По соглосованию с врачом ЛОР-кабинета и администрацией поликлиники студенты знакомятся с работой врачей консультативных комиссий (ВКК).