УДК 351.77

DOI: 10.31549/2541-8289-2021-3-48-62

О САНИТАРНОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ

Семенова В.Н., Степанова А.Э., Никифорова Н.Г., Галузо Н.А., Федянина Н.С., Федянин А.П., Бакаев А.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Деятельность Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) осуществляется на правовой основе и на каждом этапе своего существования должна учитывать изменения, происходящие в обществе, государстве, экономике. В Российской Федерации с 2019 г. происходит масштабный пересмотр нормативных и правовых актов в рамках так называемой «регуляторной гильотины». Новые санитарные правила объединяют множество ранее действовавших гигиенических нормативов и санитарных норм в единый документ. На основании анализа введенных и предполагаемых к введению в ближайшее время документов авторы обсуждают как положительные, так и негативные изменения, приводя конкретные примеры, в ряде случаев подтверждая данными о возможных негативных последствиях для здоровья населения и отдельных социально-демографических групп.

Ключевые слова: гигиена, здоровье, отрицательные и положительные стороны, «регуляторная гильотина», санитарно-эпидемиологическое благополучие, санитарное законодательство, СанПиН, СП.

ON SANITARY LEGISLATION

Semenova V.N., Stepanova A.E., Nikiforova N.G., Galuzo N.A., Fedyanina N.S., Fedyanin A.P., Bakaev A.A.

Novosibirsk State Medical University

The activities of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare (Rospotrebnadzor) are carried out on a legal basis and at each stage of its existence must take into account the changes taking place in the society, the state, and the economy. In the Russian Federation, since 2019, there has been a large-scale revision of normative and legal acts within the framework of the so-called regulatory guillotine. The new sanitary rules combine many of the previously valid hygienic and sanitary standards into a single document. Based on the analysis of the documents introduced and expected to be introduced in the near future, the authors discuss both positive and negative changes, citing specific examples, in some cases confirming data on possible negative consequences for the health of the population and certain socio-demographic groups.

Keywords: hygiene, health, negative and positive aspects, regulatory guillotine, sanitary and epidemiological well-being, sanitary legislation, Sanitary Regulations and Norms, Health Regulations.

ВВЕДЕНИЕ

Каждый социальный институт характеризуется наличием цели деятельности, конкретными функциями, обеспечивающими ее достижение, набором социальных норм и ролей, а также системой санкций, обеспечивающих поощрение желаемого и подавление отклоняющегося пове-

дения. Процесс формирования и развития профилактической медицины, как и любой другой сферы деятельности, особенно выполняющей функции контроля и надзора, требует нормативно-правовой базы.

Главным документом, который регламентирует санитарное законодательство современного

Автор, ответственный за переписку

Степанова Алена Элшановна: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52.
E-mail: stepanovangmu@yandex.ru

Corresponding author

Stepanova Aljona Elshanovna: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Prospect, Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: stepanovangmu@yandex.ru

© ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, 2021

периода, служит федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Данный закон принят 30.03.1999 г., и с тех пор в него было внесено множество изменений. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в своей деятельности руководствуется Конституцией РФ, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, международными договорами РФ, актами Министерства здравоохранения РФ, положением о Федеральной службе, актами Федеральной службы, санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами. Нормативно-правовыми актами, устанавливающими санитарно-эпидемиологические требования, являются государственные санитарно-эпидемиологические правила (санитарные правила, санитарные правила и нормы, санитарные нормы, гигиенические нормативы), содержащие гигиенические и противоэпидемические требования по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний человека, благоприятных условий его проживания, труда, быта, отдыха, обучения и питания, а также сохранению и укреплению его здоровья; оптимальные и предельно допустимые уровни влияния на организм человека факторов среды его обитания; максимально или минимально допустимое количественное и/или качественное значение показателя, характеризующего с позиций безопасности и/или безвредности для здоровья человека тот или иной фактор среды его обитания.

Активно проводилась и проводится работа по совершенствованию нормативной и методической базы, позволяющей осуществлять государственное регулирование в области обеспечения санэпидблагополучия населения с учетом современных требований и их гармонизации с международными. В соответствии с действующим законодательством все нормативные документы проходят регистрацию в Минюсте России, что придает им статус нормативно-правового акта.

В начале 2019 г. в стране запустили новый этап реформы системы государственного контроля и надзора, который связан с механизмом «регуляторной гильотины». Цель реализации этого механизма — формирование современной, адекватной требованиям времени и технологического развития эффективной системы регулирования в соответствующей сфере обществен-

ных отношений, основанной на выявлении наиболее значимых общественных рисков и их снижении до приемлемого уровня. При этом данные преобразования не должны отразиться на безопасности граждан и одновременно должны способствовать экономическому росту.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представить характеристику введенных и предполагаемых к введению в ближайшее время документов санитарного законодательства [1] с применением общелогических методов познания (анализ и синтез).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Системная работа специалистов научного и практического звена Роспотребнадзора, экспертов и представителей общественных объединений в течение двух лет позволила с учетом риск-ориентированного подхода и современного уровня технологического развития в соответствующих сферах разработать, систематизировать и кодифицировать нормативно-правовые акты, устанавливающие обязательные требования.

Новые санитарные правила объединили в себе множество ранее действующих гигиенических нормативов и санитарных норм в единый документ. Анализ введенных и предполагаемых к введению в ближайшее время документов позволяет выделить как положительные, так и, к сожалению, отрицательные стороны.

Сначала обозначим основные минусы. Во-первых, большой объем. Например, СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания» (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 г. № 2) содержит более 500 страниц, а СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 г. № 4) насчитывает 1032 страницы.

Вполне понятно, что уменьшение количества документов неизменно приведет к увеличению объема. С некоторой долей агравации данное обстоятельство можно сопоставить с делением всей гигиены на разделы. Так, СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения» (постановление Главного

государственного санитарного врача РФ от 27.10.2020 г. № 32), включающий требования 17 актов в сфере общепита, учитывающий особенности питания взрослых и детей, а также питание в различных учреждениях (школах, больницах, детских садах и т.д.), охватывает довольно много проблем гигиены питания. Новые санитарные правила к организации общественного питания приняты в рамках реализации поставленной Президентом РФ цели сохранения здоровья нации, определенной указом от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и федеральным проектом «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» национального проекта «Демография». А СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27.10.2020 г. № 32), заменившие 34 действовавших до этого документа, определяют множество требований из раздела «Гигиена детей». Соответственно, СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 3) определяет качество практически всех элементов окружающей среды («Коммунальная гигиена»). Вместо действующих ранее 54 документов разработан СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 г. № 4). В СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда» (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 02.12.2020 г. № 40) освещены требования к условиям труда в разнообразных видах деятельности с учетом особенностей технологических процессов. Приложение № 1 данного документа регламентирует требования к 27 производствам и техническим процессам, а приложение № 2 регламентирует фак-

торы производственной среды, обладающие канцерогенными свойствами. Указанный документ отменил/заменил значительную часть (около 90 %) существующих до этого СанПиН.

Во-вторых, появилась некоторая разрозненность. Поясним на примере. В ранее действовавшем СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» приведен практически весь пакет контролируемых Роспотребнадзором требований. С целью полной оценки организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, с 2021 г. надлежит использовать несколько документов. В частности, СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг» (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 г. № 44), в которых выделен отдельный (IV. Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений при осуществлении деятельности хозяйствующими субъектами, оказывающими медицинские услуги) раздел, посвященный подобным организациям, где представлены сведения архитектурно-планировочного плана. Освещение, показатели микроклимата и другие параметры обеспечения лечебно-охранительного режима для пациентов/клиентов и высокого уровня работоспособности персонала приведены во множестве таблиц СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания».

В ранее действовавшем СанПиН вопросам профилактики ИСМП/ВБИ уделяли большое внимание, причем отражалась и специфика различных структурных подразделений ЛПО (хирургические, акушерско-гинекологические). В соответствии с вводимым с 2021 г. порядком все вопросы профилактики заболеваний инфекционной природы отражены в отдельном документе — СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 г. № 4).

Кстати, указанным актом борьба с инфекционными заболеваниями в России не ограничивается. Подписан Указ Президента РФ (от

04.02.2021 г. № 12) «Об утверждении порядка действий органов публичной власти по предупреждению угрозы возникновения чрезвычайных ситуаций, связанных с заносом на территорию РФ и распространением на территории РФ опасных инфекций», п. 10 которого вменяет в обязанность главного санитарного врача РФ разработку нормативно-правовых актов, направленных на предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций (в соответствии с определенным Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителя и санитарно-эпидемиологического благополучия уровнем риска — три уровня, п. 6 данного указа).

Вышеуказанное приводит к неудобствам практического применения. Несмотря на большой объем, часть важных проблем/вопросов не вошла в новые документы, что привело к необходимости разработки и введения дополнительных документов в виде методических разработок и указаний. Например, методические рекомендации МР 2.3.6.0233-21 «К организации общественного питания населения», МР 2.3.0167-20 «Подготовка к проведению мониторинга состояния питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях», методические указания МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 14.12.2020 г.), Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.09.2020 г. № 1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием».

В третьих, прослеживается заметное послабление требований.

А. Коснемся проблемы медицинских отходов. Говорить об опасности медицинских отходов стали во второй половине XX в. Проблема возникла в связи с открытием ряда инфекционных заболеваний, угрожающих человечеству эпидемиями. По данным ВОЗ, около 15 % отходов медико-санитарной деятельности представляют опасность для человека и окружающей среды. Они несут в себе инфекционную, химическую или радиоактивную угрозу, способны массово отравлять людей и в долгосрочной перспективе ухудшать экологическое состояние поселений. Поэтому деятельность по обращению с медицинскими отходами строго регламентируется законом, вопрос классификации медицинских отходов, их правильного сбора и хранения поставлен ВОЗ в 1979 г. В 1989 г. на конферен-

ции в Базеле принят международный документ «Конвенция о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением», который вступил в силу в 1992 г. 170 стран мира, ратифицировавших этот документ, обязались не принимать и не вывозить опасные отходы через границы других государств, а также должны организовать их безопасную утилизацию. В классификации опасных вторым пунктом — после радиоактивных — значатся отходы медицинских учреждений. Первым российским документом, в котором представлена таблица классификации медицинских отходов по классам опасности, стал СанПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений». В течение десяти лет действовал СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», разработанный в 2010 г. Что предлагается после реформирования требований (СанПиН 2.1.3684-21 от 28.01.2021 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»)? Изменилась классификация отходов групп А, Б, В. К эпидемиологически неопасным отходам, приближенным по своему составу к твердым коммунальным, относятся использованные средства личной гигиены и предметы ухода за больными неинфекционными заболеваниями. С практической точки зрения, это особенно важно для акушерско-гинекологических и детских стационаров, родильных домов, гериатрических отделений, поскольку ранее возникали сложности обеззараживания подобных отходов. В соответствии с новыми правилами отходы лечебно-диагностических подразделений фтизиатрических стационаров и диспансеров, загрязненные мокротой пациентов, относятся к классу Б, а не В, как это было раньше. В новой классификации отходов не обозначена судьба объектов, контактированных возбудителями, относящимися к 1–2 группам патогенности, при описании класса В упоминаются патогенные биологические агенты 3–4 групп патогенности. Надеемся, что законодатели каким-то образом исправят этот момент. Характеристики отходов классов Г и Д остались неизменными.

Изменились требования к содержанию главного локального нормативного акта медицинских организаций, регулирующего обращение с медицинским мусором — схему обращения с медицинскими отходами. Из схемы исключены нормативы образования медицинских отходов в регионе. Новый раздел документа — порядок действий персонала при плановой или аварийной приостановке работы оборудования для обеззараживания отходов. Приведен алгоритм действий персонала при нарушении целостности упаковки с необеззараженными медицинскими отходами.

Естественно, учтена эпидемиологическая обстановка. Так, погребение умерших от COVID-19 (как от иных инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и инфекций неясной этиологии) допускается в оцинкованных герметически гробах, запаянных непосредственно в патолого-анатомическом отделении медорганизации.

Б. Новые правила от 2021 г. исключили давно существующее требование об обязательном(!) озеленении территории больниц. Территории, прилегающие к учреждениям здравоохранения, требуют озеленения и благоустройства для комфортного отдыха и восстановления здоровья пациентов, находящихся на лечении, а также персонала больницы. При проектировании территории больницы решались следующие задачи: улучшение санитарно-гигиенических условий — защита от ветра, зноя, пыли, шума, газов, улучшение состава воздуха; создание благоприятной среды для лечебного воздействия на больных и выздоравливающих методом ландшафтотерапии; озеленение и благоустройство площадок для солнечных и воздушных ванн и лечебной физкультуры, организация терренкуров для дозированной ходьбы на территории больничного парка; обогащение архитектурного облика зданий и всего участка декоративными растениями и вертикальным озеленением; организация на участке с помощью защитных озелененных полос изолированных зон, маскировка насаждениями отдельных построек хозяйственного и подсобного назначения. Надо отметить, что вопрос необходимости большой величины так называемого процента озеленения неоднократно поднимался проектировщиками и застройщиками в условиях сложившейся градостроительной ситуации при необходимости развития системы медицинского обслуживания в условиях высокой плотности застройки. Сеем надеяться, что о роли «легких планеты», шумо-, ветро- и пылеза-

щитном действии, психоэмоциональном воздействии совсем не забудут. Озелененные территории учреждений здравоохранения являются частью единой системы озеленения городов. В условиях повышенных антропогенных нагрузок, дискомфорта городов и поселков из-за загрязнения воздушной среды выбросами автотранспорта и промышленных предприятий благоустройство и озеленение населенных мест приобретает особое значение. В 2020 г. начал действовать новый порядок установления санитарно-защитных зон (СЗЗ) производственных и строительных объектов, оказывающих негативное воздействие на окружающую среду и здоровье населения (Федеральные законы от 03.08.2018 г. № 342-ФЗ и от 27.12.2019 г. № 455-ФЗ), и уже готовятся к утверждению новые СанПиН и положение о СЗЗ.

В. Новые правила от 2021 г. изменили (в сторону уменьшения) требования к минимальной площади некоторых помещений, а для некоторых — исключили совсем (табл. 1).

Нечетко прописана площадь для «обычных» больных. Как в ранее действующем, так и новом, вероятно, это подразумевает «прочие» (п. 22 приложения в старом и п. 20 в новом). Сравнение не в пользу нового документа: уменьшение, 5 м² против 6 м². Уменьшение площади, особенно палат, при условии отсутствия регламентирования высоты помещения и ограничения максимального числа коек вполне вероятно может привести к нарушению лечебно-охранительного режима. При этом допускается еще и уменьшение площадей помещений, по сравнению с нормативными показателями, на 15 % (п. 4.2.3). Требования предъявляются к размещению некоторых пациентов: «Палатные отделения для иммунокомпрометированных пациентов: отделения для пациентов с муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами — вместимость палат должна быть не более двух коек. Вместимость палат для пациентов с ВИЧ-инфекцией — не более трех коек (п. 4.15.3). В послеродовых отделениях должны организовываться палаты совместного и раздельного пребывания родильниц и новорожденных. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских (п. 4.13.4)». Не нормируется количество коек в послеродовых палатах и палатах для новорожденных. Кроме того, необязательным стало требование наличия паспорта на систему механической приточно-вытяжной вентиляции, к счастью, по-прежнему один раз в

Таблица 1
Минимальные площади некоторых помещений

Наименование помещений	Минимальная площадь, м ²	
	СанПиН 2.1.3.2630-10	СП 2.1.3678-20
Палаты на 2 койки. Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в хосписах), изоляционно-диагностические палаты, палаты для пациентов, передвигающихся с помощью кресел-колясок	10	8
Палаты на 2 койки. С дневным пребыванием матерей (до 7 лет)	8	7
Палаты на 2 койки. С круглосуточным пребыванием матерей (до 7 лет)	12	10
С дневным пребыванием матерей (до 1 года (в т.ч. новорожденных)	8	6
Кабинет врача с оборудованным рабочим местом (гинеколог, уролог, проктолог, офтальмолог, оториноларинголог)	18	17
Кабинет врача (фельдшера) для приема детей (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств)	15	14
Комната управления магнитно-резонансной томографии	10	8
Помещение для мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры	12 + 2 на каждую операционную свыше 4	Не нормируется
Кладовая наркозно-дыхательной аппаратуры для стационарных отделений	8 + 2 на каждую операционную свыше 4	
Помещение для хранения и подготовки крови и кровезаменителей к переливанию	8	
Помещение для хранения грязного белья и послеоперационных отходов	4	
Вспомогательные, служебные и бытовые помещения, общие для всех структурных подразделений (ординаторские, гардеробные, санкомнаты, туалеты и др.)		Не нормируется
Кабинет дежурного врача	10	В перечне отсутствует

Примечание:

1. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Приложение 1. Минимальные площади помещений.

2. СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». Приложение 1. Набор основных помещений, необходимых для обеспечения противозидемического режима, и минимальные площади помещений.

год нужно проверять эффективность работы вентиляции и системы кондиционирования, проводить очистку и дезинфекцию. Площади некоторых помещений (см. табл. 1) не нормируются. С одной стороны, указанное касается в основном подсобных помещений, но, с другой, может ухудшить условия труда медицинских работников.

Г. Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей при РАН и Минздраве совместно со Всероссийским обществом развития школьной и университетской медицины и здоровья опубликовали «Гигиенические нормативы и специальные требования к устройству, содержанию и режимам работы в условиях цифровой образовательной среды в сфере общего образования» [2]. «Резко возросшая в послед-

ние годы информатизация образовательного процесса с использованием электронных средств обучения привела к ухудшению состояния здоровья детей. Так, с 1-го по 11-й класс на 15 % увеличивается распространенность функциональных отклонений, а хронических болезней — на 53 %. Если на 1000 первоклассников фиксируется 813 хронических болезней, то на 1000 выпускников — 1242. То есть каждый выпускник сегодня имеет в среднем более одной хронической болезни. При этом болезни глаз, в основном миопия, стали занимать одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости. Среди выпускников почти каждый второй имеет функциональные нарушения зрения, а хронические глазные болезни — каждый шестой. Причем частота последних увеличивается в 16 раз за время

обучения в школе. Также обращает на себя внимание значительная распространенность среди старшеклассников функциональных отклонений со стороны психической сферы и нервной системы, сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем», — говорится в указанном документе. Естественно, возникает вопрос — насколько интегрированы данные рекомендации в новый СанПиН?

Д. 01.01.2021 г. отменен СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03, утвержденный постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 03.06.2003 г. № 118 (Постановление Правительства от 08.10.2020 г. № 1631), устанавливающий требования к ПЭВМ и организации работы с ними. Где сейчас прописаны гигиенические требования? Данные требования касаются всех участников образовательного процесса (естественно, за исключением санитарно-технического персонала), офисных работников и целого ряда других специалистов. По сути, данные требования размыты, так как представлены не в одном документе. В СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда» (раздел XXII) приведены некоторые требования для выполняющих работы с персональными ЭВМ и копировально-множительной техникой. В «Санитарно-эпидемиологических требованиях к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» появился совершенно новый раздел, связанный с цифровой образовательной средой, дистанционным обучением, использованием мобильных телефонов. Неоднозначна трактовка «вредности» данного фактора. В новой редакции (приказ Минтруда и Минздрава от 31.12.2020 г. № 988н/1420н «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры») прописали только частоты 5 Гц — 2 кГц, 2 кГц — 400 кГц электромагнитного поля. Это влечет за собой некоторые вопросы к организации контроля за здоровьем. В целом требований стало меньше.

Ж. В 1996 г. в России впервые в качестве нормативного документа введен СанПиН 2.2.0.555-96 «Гигиенические требования к условиям труда женщин». В разделе 7 новых СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда» освещены вопросы организации условий труда женщин только в период бе-

ременности и кормления ребенка. Естественно, это не означает полное отсутствие учета особенностей женского организма. Особенности организации труда женщин законодательно закреплены в Трудовом кодексе Российской Федерации (гл. 41), а также приказом Минтруда России № 512н (утвержден 18. 07. 2019 г.) определены «Профессии, запрещенные для женщин в России».

Справедливости ради необходимо отметить, что некоторые требования стали жестче. В качестве примеров приведем изменение требований:

А. К обработке эндоскопического оборудования.

Например, ужесточился критерий качества обработки эндоскопов. Показатель общей микробной обсемененности биопсийного канала сапрофитными микроорганизмами уменьшился в 2 раза и стал менее 50 КОЕ/мл (см. п. 3727 СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», «Плановый бактериологический контроль качества обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств» проводится в соответствии с планом производственного контроля ежеквартально. Критерием эффективности дезинфекции является отсутствие роста бактерий группы кишечной палочки, золотистого стафилококка, синегнойной палочки, плесневых и дрожжевых грибов, а также других условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. При этом условии показатель общей микробной обсемененности биопсийного канала должен быть менее 50 КОЕ/мл).

Пункт 3658 («Цикл обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств») нельзя прерывать. После каждого использования в полном объеме должны выполняться все процессы обработки эндоскопа, в том числе подвергнуты обработке все каналы независимо от того, использовались ли они при проведении вмешательства. При оказании медицинской помощи эндоскопическим методом за пределами базовой МО и отсутствии условий для проведения окончательной очистки и ДВУ эндоскопа выполнение этих процессов может быть отсрочено до возвращения эндоскопа в МО») перенесен в указанный СанПиН 2021 г. из СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах» и теперь имеет силу закона.

Б. К приемным отделениям «Для приема, лечения и временной изоляции пациентов с инфекционными заболеваниями или подозрением на

них в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, оборудуются приемно-смотровые боксы, боксы или боксированные палаты. Подобное требование ранее существовало только для инфекционных и детских больниц/отделений» (п. 4.2.4).

Считаем необходимым обсудить вопрос о величине ПДК хлороформа в питьевой воде. В значительной части откликов на новое санитарное законодательство звучит информация о снижении подобной величины в 3 раза. В СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания» (111. Нормативы качества и безопасности воды) приведена величина $0,06 \text{ мг/м}^3$ с пометкой «канцероген». Если сравнивать ее с приведенной в СанПиН 2.1.4.1074-01 ($0,2 \text{ мг/л}$, 2-й класс опасности, санитарно-токсикологический показатель вредности), то действительно видна существенная разница — в 3 раза. Однако уже в ГН 2.1.5.2280-07 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) химических веществ в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования» имеется величина $0,06 \text{ мг/м}^3$ с пометкой «канцероген». Необходимо отметить, что в предыдущих ГН 2.1.5.1315-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) химических веществ в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования. Гигиенические нормативы» для трихлорметана (хлороформа) была рекомендована величина $0,1 \text{ мг/м}^3$ с отнесением к 1-му классу опасности.

Первые сообщения от 1974 г. об образовании в процессе хлорирования речной воды в качестве побочных продуктов хлороформа и других тригалометанов (ТГМ) в Нидерландах и США стали началом серьезного изучения их токсикологических характеристик и влияния на здоровье человека, особенно хлороформа, учитывая его преобладание в общей массе органических соединений, присутствующих в питьевой воде, подаваемой в распределительную сеть. Многочисленными исследованиями установлен факт образования более 200 хлорорганических соединений, основными и наиболее опасными из них являются летучие хлорорганические соединения (ЛХС), в их числе ТГМ — соединения, объединяемые общей формулой СНХ_3 , где Х — галоген (хлороформ, бромдихлорметан, дибромхлорметан и др.). Разнообразие образующихся соединений связано, по мнению исследователей, с различием физико-химических характеристик воды

водоисточников и условий водоподготовки на водопроводных станциях. Однако при этом неизменно концентрация образующегося хлороформа на 2–3 порядка превышает содержание других ТГМ. В 1980–1990-е годы, когда вышел ряд публикаций о выявлении галогенсодержащих соединений в питьевой воде, в наименьшей степени оказались затронуты вопросы, связанные с влиянием этих веществ на здоровье населения. Причем и более поздние работы подтверждают наличие негативного влияния на организм человека. Например, в исследовании Д.Л. Михайловой и Ю.В. Кольдибековой выявлено нарушение процессов кроветворения, прямое действие на клетки печени при употреблении обычной питьевой воды, в которой содержание хлороформа — $0,3 \text{ ПДК}$ [3]. А в работах А.Э. Акайзиной [4] у здоровых детей, потребляющих питьевую воду с хлорорганическими соединениями, обнаружено повышение антиоксидантной активности слюны, у детей с дисфункцией билиарного тракта — повышение интенсивности свободнорадикального окисления и антиоксидантной активности слюны.

Довольно продолжительное время имела место недооценка одной из наиболее значимых сторон биологического действия хлорорганических соединений, так называемых отдаленных эффектов, в частности канцерогенного действия. В экспериментах получены данные о канцерогенности хлороформа для животных, по классификации МАИР он отнесен к группе 2Б, однако эпидемиологические исследования четко не подтвердили увеличение заболеваемости раком у людей, употреблявших хлорированную питьевую воду. В ходе работы А.И. Бахмацкой и Н.К. Плуготаренко [5] реализована оценка канцерогенного риска для ситуации загрязнения питьевой воды рядом канцерогенных веществ в концентрации равной ПДК при ее употреблении в ежедневном количестве 3 л на протяжении периода ожидаемой продолжительности жизни 70 лет и среднем весе человека в популяции 70 кг. Рассчитанный индивидуальный риск в течение всей жизни (более 1×10^{-6} , но менее 1×10^{-4}) соответствует предельно допустимому риску, т.е. верхней границе приемлемого риска. Отношение к проблеме оставалось достаточно мягким: ВОЗ рекомендовала нормативную величину хлороформа в питьевой воде 200 мкг/л ; аналогичный гигиенический норматив установлен и в нашей стране. Необходимость изменения в перспективе и введения суммарного гигиенического норматива ТГМ в питьевой воде на уровне 100 мкг/л ,

для более эффективного предупреждения неблагоприятного комплексного влияния на население как непосредственно хлороформ, так и других галогенсодержащих соединений, образующихся при дезинфекции воды хлором, обособывалась ведущими гигиенистами страны достаточно давно [6]. Причем этими же авторами поднимались актуальные проблемы бытового толка (кипяченая вода, хлороформ в воздухе ванной комнаты и т.п.), продолженные и другими исследователями [7].

Необходимо отметить следующее. При прочтении новых документов акцентируется внимание на каком-нибудь, на первый взгляд, новом требовании. Например, в СП, посвященных вопросам воспитания и образования, выделены требования (п. 3.10) к образовательным организациям высшего образования. Впервые! В нашей стране подобного документа давно не было. Последний документ от 01.01.1982 г. № 2515-81 — «Методические указания по организации обучения студентов высших учебных заведений (гигиенические и медицинские вопросы)» — утвержден заместителем Главного государственного санитарного врача СССР Э.М. Саакьянцом; подписан начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР И.В. Шаткиным 18.01.1982 г. № 10-11/9). Однако два положения, раскрывающие эти требования, не имеют, по сути, никакой содержательной роли. Кстати, в сопредельных с нами государствах подобные акты действуют (например, СанПиН РУз № 0330-16 «Гигиенические требования к проектированию, застройке, оборудованию и эксплуатации высших учебных заведений», Ташкент-2016).

Позволим себе еще одну ремарку с отрицательным значением — в новых нормативно-правовых актах делается ссылка на документы, имеющие силу закона в период разработки, но на данный момент не действующих. Например, п. 4.28.5 СанПиН про медицинские организации ссылается на старые требования к обращению с медицинскими отходами, а в п. 2.10 требований к организации общественного питания ссылаются на СанПиН о требованиях к качеству воды от 2001 г.

Отличительной чертой новых документов служит факт введения некоторых требований впервые (!), или введения требований «с историей». Но СанПиН — документ высокого правового статуса, и подобные рекомендации приобретают статус обязательных.

А. В частности, в новом документе СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»:

Установлены требования к проведению массовых мероприятий с участием детей (п. 3.15) и детским игровым комнатам. В таком документе, как СанПиН, впервые, а по сути — нет. В период бурного развития торговых центров и других общественных мест совместного отдыха взрослых и детей популярным развлечением стали размещенные в этих заведениях игровые комнаты. В подобных комнатах ребенок, как правило, с удовольствием проводит свой досуг, давая выход энергии и свободное время родителям. В связи с их возросшей популярностью и востребованностью разработаны и внедрены методические рекомендации — МР 2.4.0130-18 «Оборудование и организация работы детских игровых комнат, размещаемых в торговых и культурно-досуговых центрах, павильонах и прочих объектах нежилого назначения» (утверждены 27.06.2018 г.), в которых изложены основные санитарно-эпидемиологические требования, направленные на обеспечение безопасности детей во время пребывания в детских игровых комнатах.

На обязательной основе для всех помещений, предназначенных для пребывания детей и молодежи, вводится требование к осуществлению контроля за температурой воздуха — п. 2.7.3.

Предусмотрена обязательность оборудования всех помещений емкостями для сбора мусора и своевременного удаления мусора — п. 2.11.1.

Использован термин «трансформируемые пространства» и определена возможность их многофункционального использования (актовый зал, столовая, рекреации, библиотека, спортивный зал) и использования трансформируемой мебели — пп. 2.3.2, 2.4.3 («2.3.2. Допускается предусматривать трансформируемые пространства для многофункционального назначения (трансформируемые) (актовый зал, обеденный зал, рекреации, библиотека, спортивный зал, учебные классы, аудитории) в соответствии с задачами образовательного процесса, при условии их оборудования согласно правилам...» — распоряжение Министерства просвещения РФ от 22.01.2021 г. № Р-23 «Об утверждении методических рекомендаций по материально-техническому оснащению и обновлению содержания образования в отдельных общеобразовательных организациях в 2021 году»). При планировании расположения и дизайна различных помещений образовательной организации необходимо ис-

ходить из принципа многофункциональности. Например, учебные кабинеты должны рассчитываться на последовательную и параллельную организацию фронтальных, групповых и индивидуальных форм работы педагога с учащимися. Учебные помещения должны быть рассчитаны на организацию различных видов деятельности учащихся с учетом уровня, направленности образования, особых образовательных потребностей и, исходя из этого, оснащены мебелью, позволяющей трансформировать пространство в зависимости от задач учебного или коррекционного занятия (цит. по вышеуказанному документу). Стены-трансформеры, зонирование кабинетов, мебель-трансформер, цвет и т.п. Плюсы, естественно, имеются. Но получается, что любое помещение разрешается использовать под любые нужды и изменять его назначение по решению руководства школы. Возникает вполне резонный вопрос — возможно ли 100% соблюдение гигиенических норм во всех ситуациях (например, столовая трансформируется то в актовый, то в спортивный зал)?

Грамотное использование возможностей инновационных средств обучения в образовательном процессе способствует активизации познавательной деятельности и повышению качественной успеваемости школьников. В последние годы арсенал технических средств обучения пополнила интерактивная доска, которая широко используется не только в странах Европы и Америки, но и в России. Более 90 % российских пользователей интерактивных досок находится в образовательном секторе. Концепция интерактивной учебной доски была придумана в 1987 г. соучредителем и главным управляющим компании SMART Д. Мартином, а в 1991 г. на свет появилось первое поколение интерактивных досок. Сегодня все большее число школ приобретают их с целью повышения качества знаний учащихся. Причина востребованности кроется не только в технологии, способной заменить традиционную школьную доску с тряпкой и мелом, но и в широкой возможности ее использования на всех ступенях школьного обучения, удобстве визуализации текстовой и графической информации с последующей корректировкой и сохранением на электронных носителях. Требования к использованию данного ТСО формировались постепенно, много литературы посвящено этому вопросу [8–11]. Однако интерактивные доски и другие электронные средства обучения фактически продолжительное время находились как бы вне зоны санитарных норм и правил. В СанПиН

2.2.2/2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы» интерактивная доска не упоминается, но причисляется толкователями этого документа к устройствам отображения информации (видеодисплейные терминалы (ВДТ) всех типов). Кое-что прояснил СанПиН 2.4.2.2821-10, принятый 29.12.2010 г. (п. 5.7). В требованиях нового СанПиНа указано, что доска должна располагаться по центру класса, но так как подобная норма применяется и к меловым, и к интерактивным доскам, это порождает некоторую неопределенность. В случаях когда в кабинете используется в первую очередь меловая доска, ее размещают по центру, а интерактивную доску — справа или слева от нее. Если меловая доска используется редко, по центру размещают интерактивную доску, а меловую — рядом (или «крылья» от трехстворчатой доски — по обе стороны интерактивной). Можно интерпретировать эту норму и таким образом, что группа из меловой и интерактивной доски должна располагаться по центру. Регламентирована минимальная диагональ интерактивной доски (не менее 165,1 см), место размещения (по центру фронтальной стены), сформулированы требования к профилактике негативного воздействия на зрение обучающихся (равномерность освещения, отсутствие бликов, доступность поверхности для работы обучающихся, матовая поверхность, отсутствие слепящего эффекта) — пп. 2.4.4, 2.8.3.

Закреплено оборудование учебных классов и кабинетов конторками — п. 2.4.3. По мере увеличения грамотных людей в XIX в. стало расти количество пациентов окулистов. На это обратил внимание молодой врач-гигиенист Ф.Ф. Эрисман, который в 1870 г. не только доказал, что учение портит зрение, но и предложил выход — конструкцию новой ученической парты («парта Эрисмана»). Чуть позднее другой энтузиаст своего дела, ссыльный студент П.Ф. Коротков усовершенствовал парту Эрисмана (двухместная, откидная крышка, место для ручки и чернильницы, полочки внутри). Министерство здравоохранения СССР разработало в 1958 г. методичку по мерам профилактики расстройств зрения у детей дошкольного возраста и в годы школьного обучения, в документе отмечалось благотворное влияние парты не только на зрение, но и на весь детский организм. Тогда же, в 50-е годы, разработан ГОСТ на изготовление этого предмета школьной мебели. Стандарт определял пять размеров парт — в зависимости от возраста ученика

высота заднего края крышки стола от пола была от 54 до 78 см, а высота сиденья — от 32 до 48. То есть внимание к зрению и осанке школьников проявлялось на государственном уровне. В старину существовали специальные приспособления для письма — это поставец, секретер и конторка (в соответствии с современной терминологией — «эргономичные»). «Конторка — высокий письменный столик, разного устройства, с косою, подъемною столешницей, наклоном и с ящиками» (В. Даль). В русский язык слово пришло от итальянского conto — «счет», ведь столы такой формы появились в средние века у торговцев и банкиров. Конторка — предок всех рабочих и письменных столов. Эффективность введения в учебный процесс режима динамических поз (чередование положений стоя-сидя-лежа) с использованием конторок в учебном процессе в 1980-е годы изучена по поручению Минздрава РФ Горьковским НИИ педиатрии и Ивановским НИИ охраны материнства и детства. Полученные положительные заключения от этих авторитетных центров, а также от НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова послужили основанием для издания Минздравом РФ в 1989 г. методических указаний, рекомендующих внедрение режима динамических поз (с использованием конторок) во все детские сады и школы страны: «Массовая первичная профилактика школьных форм патологии, или развивающие здоровье принципы конструирования учебно-познавательного процесса в детских садах и школах». Повторно санитарно-гигиеническая экспертиза была выполнена в 2000–2001 гг. авторитетным коллективом ученых из НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков научного Центра здоровья детей РАМН, НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, НИИ детского ортопедического института им. Г.И. Турнера. Итогом данной работы явилась выдача департаментом государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минздрава России гигиенического заключения № 77.99.95.3.Т.000674.07.01, разрешающего использовать данную технологию. Конторки впервые появились в СанПиН 2.4.2.2821-10 (п. 5.2): «В зависимости от назначения учебных помещений могут быть использованы различные виды ученической мебели: школьная парта, столы ученические (одноместные и двухместные), столы аудиторные, чертежные или лабораторные в комплекте со стульями, конторки и другие».

Введен запрет на использование электронных средств обучения для детей до 5 лет — п. 2.10.2.

С целью профилактики нарушений зрения введено обязательное (!) (уточнение — не впервые, но обязательное) требование к проведению гимнастики для глаз при использовании электронных средств обучения на уроке и перемене, а также при использовании книжных учебных изданий во время перемен (пп. 2.10.2, 2.10.3). Рекомендация имеет достаточно давнюю историю. Отражением необходимости и важности данного действия является множество разнообразных рекомендаций в разных видах и формах. В приложении 5 действовавшего до настоящего времени СанПиН 2.4.2.2821-10 приведен «Рекомендуемый комплекс упражнений гимнастики глаз».

Обязательность оборудования на территории школы парковочной зоны для маломобильных групп населения (п. 3.4.1) в контексте существования категории детей с ограниченными возможностями здоровья — необходимое и актуальное требование. А в новых требованиях к лечебно-профилактическим организациям, к сожалению, данный пункт исключен.

Наличие на приобретаемое оборудование для детских игровых площадок документов об оценке (подтверждении) соответствия регламентированным требованиям (п. 3.4.1) — весьма необходимое и актуальное требование в масштабе страны. В СМИ описана не одна ситуация с травматизмом детей из-за несовершенства, нарушения требований к производству и эксплуатации игрового, спортивного оборудования. Неслучайно существовали частные требования — например, Закон г. Москвы от 21.11.2007 г. № 45 «Кодекс г. Москвы об административных правонарушениях» (с изменениями и дополнениями). Глава 8. Административные правонарушения в области благоустройства города». Статья 8.3.1. «Нарушение требований безопасности при монтаже и эксплуатации оборудования детских игровых площадок». Но вопрос был «на контроле» — ГОСТ Р 5269-2012, ГОСТ Р ЕН 11777-2013, ГОСТ Р 52301-2017, ТР ЕАЭС 042/2017 «О безопасности оборудования для детских игровых площадок».

Б. Реализация необходимости пересмотра действующих нормативно-правовых актов отражена и в СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения». В действующих с 01.01.2021 г. правилах учтены новые форматы бизнеса, которые сегодня активно развиваются: кейтеринг, доставка, продажа навынос. Новые правила общепита основаны на принципах ХАССП (анализ рисков и критические

Таблица 2

Распространенность СД среди детей (абс. число/на 100 тыс. соответствующего населения) [12]

Год	РФ	СФО
<i>Дети 0–14 лет</i>		
2018	35 061/135,1	4066/123,6
2019	33 094/127,9	3857/117,3
<i>Дети 15–17 лет</i>		
2018	13 697/320,6	1658/310,1
2019	13 197/312,9	1587/302,9

контрольные точки). Предприятиям общепита предоставлена возможность для самостоятельного контроля своей деятельности, необходимо внедрять систему ХАССП для конкретного предприятия, разрабатывать все необходимые инструкции и требования. Игнорирование этого условия грозит штрафами по ст. 14.43 КоАП. Разработка концепции ХАССП началась с 1960-х годов в США. 01.07.2001 г. на территории РФ введен в действие государственный стандарт ГОСТ Р 51705.1-2001 «Системы качества. Управление качеством пищевых продуктов на основе принципов ХАССП. Общие требования».

Роспотребнадзор отмечает одну из особенностей нового документа — акцент на здоровьесберегающую функцию питания. Так, введено обязательное требование о разработке меню для детей с сахарным диабетом (СД), целиакией, фенилкетонурей, муковисцидозом и пищевой аллергией (п. 8.1.2). СД является серьезной проблемой современного здравоохранения, влияющей на показатели здоровья, трудоспособность, инвалидизацию и продолжительность жизни населения. По данным Всемирной федерации сахарного диабета, в мире насчитывается более 1 млн детей и подростков с СД 1-го типа, из них 560 тыс. — это дети в возрасте до 14 лет. По данным Федерального регистра СД, в РФ также велика распространенность заболевания среди детей (табл. 2).

Технологическая карта становится важной частью работы предприятий общепита. Технологическая карта блюда (ТК) — документ, в котором отражаются рецептура и основные пищевые характеристики данного блюда (составляющих его ингредиентов). ТК (как и технико-технологические) разрабатываются каждым предприятием общественного питания самостоятельно. Правилами установлено, что блюда нужно готовить в соответствии с этим документом, поскольку в нем описан весь производственный процесс.

Ужесточились требования к здоровью персонала пищевых объектов. Так, до 2021 г. требование о проведении осмотра на наличие гнойничковых заболеваний кожи рук и открытых поверхностей тела, отсутствие признаков инфекционных заболеваний касалось только сотрудников холодных, горячих и кондитерских цехов, то новые правила распространили это требование на всех контактирующих с продуктами питания.

В. С 01.01.2021 г. вступили в силу санитарные правила, устанавливающие требования к гостиницам (СП 2.1.3678-20, раздел VII, 23 пункта). До настоящего момента отсутствовал профильный документ, регламентирующий деятельность гостиничной сферы. Только для Москвы и Московской области был принят локальный документ МосСанПиН 2.1.2.043 от 1998 г. «Гигиенические требования к устройству, оборудованию и содержанию гостиниц Москвы».

Г. В рамках реализации профилактической направленности отечественной медицины и в целях профилактики профессиональных и профессионально-обусловленных заболеваний в стране достаточно давно существует процедура проведения предварительных и периодических осмотров работников вредных профессий (ТК РФ, ст. 213). Данная процедура определялась соответствующими приказами Министерства здравоохранения. «Регуляторная гильотина» коснулась и этого профилактического мероприятия. Приказ МЗ РФ от 28.01.2021 г. № 29н «Об утверждении порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса РФ, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и /или опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры». В п. 5.2.2 указанного документа для лиц, у которых вредный фактор —

голосовая нагрузка (суммарное количество часов, наговариваемое в неделю, более 20), в перечень специалистов включен врач-отоларинголог, который один раз в год при помощи непрямой ларингоскопии оценивает состояние голосового аппарата. В действующих до настоящего времени приказах (в частности, Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования)» и «Порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда») подобное отсутствовало. Необходимо отметить целесообразность и актуальность данного нововведения. В стране немало представителей различных «говорящих» профессий, в частности — педагоги различных образовательных учреждений. В исследованиях, посвященных проблемам труда и здоровья педагогов, давно обращается внимание на негативные проявления голосовой нагрузки [13]. Наши собственные исследования (анкетирование 400 учителей общеобразовательного звена) выявили у 33,5 % наличие специфических жалоб (першение в горле, охриплость и т.п.); у значительной доли изучаемой выборки — заболевания ЛОР-органов: хронический ларингит у 66 %, фарингит у 22,6 %, острый ларингит у 14,6 % и даже наличие узелков голосовой складки. Неплохо было бы ввести в список специалистов для проведения профилактических осмотров фониатра. Фониатрия — одно из довольно новых узких направлений оториноларингологии. Хотя первые работы, заложившие фундамент будущей ларингологии и фониатрии в нашей стране и за рубежом, появились во второй половине прошлого и в начале нынешнего столетия. Е.Н. Малютин (1866–1940), приват-доцент Московского университета, по праву считается одним из основоположников отечественной фониатрии. Исследования Е.Н. Малютина в основном касались вокальной педагогики. Им разработана «Экспериментальная фонетика и научные основы постановки голоса» (1924). Фониатры изучают патологии голоса, методы их лечения, профилактики, а также способы коррекции тембра/интенсивности в желаемую сторону. Они занимаются реабилитацией голосовой функции, проводят профилактику болезней голосового

аппарата, поэтому часто сотрудничают с музыкальными, драматическими заведениями в целом и отдельными представителями. Возможно, и с некоторыми образовательными учреждениями (на данный момент мы не располагаем подобными сведениями). Фониатрия постоянно развивается и является достаточно перспективной отраслью. Немаловажна проблема и с кадрами. На всю нашу огромную страну в 2014 г., например, имелось около 90 обученных в области фониатрии специалистов (функционировало 45 лечебных подразделений фониатрического профиля — 36 кабинетов, 3 центра, 3 отдела, 4 отделения, 1 лаборатория, 77,8 % из них сосредоточены в Москве), причем не все оказывали медицинские услуги именно в этой области. В настоящее время количество увеличилось весьма незначительно — до 96 чел. Это не соответствует рекомендациям Европейского союза фониатров, согласно которым на 400 тыс. взрослого или на 200 тыс. детского населения должен приходиться один оториноларинголог-фониатр. В Новосибирске, например, фониатров в несколько раз меньше, чем школ и других учреждений образования (Областной консультативно-диагностический фониатрический центр, состоящий из двух кабинетов — фониатрического и фонопедического, 8–10 частных клиник — по одному фониатру, поликлиника № 1). Есть еще одна проблема — если даже не все врачи знают о таких специалистах, то информированность других, вероятно, невысокая. Наше социологическое исследование показало, что лишь каждый десятый учитель (11,8 %) обращался к фониатру, а каждый восьмой (12,4 %) не имеет представлений о том, кто это.

Целесообразно заметить, что не изменяется установившийся порядок расследования и учета профессиональных заболеваний. Регламентирующие документы, а именно Постановление Правительства РФ от 15.12.2000 г. № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний», приказ Минздрава РФ от 28.05.2001 г. № 176 «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации», Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда», не попадают под «гильотину».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Деятельность Роспотребнадзора должна осуществляться с учетом меняющихся правовых,

экономических и организационных условий. «Регуляторная гильотина» — инструмент масштабного пересмотра и отмены нормативно-правовых актов, негативно влияющих на общий бизнес-климат и регуляторную среду. Цель реализации — тотальный пересмотр обязательных требований, в соответствии с которым нормативные акты и содержащиеся в них обязательные требования должны быть пересмотрены с широким участием предпринимательского, экспертного и научного сообществ. Задача «гильотины» — создать в сферах регулирования новую систему понятных и четких требований к хозяйствующим субъектам, снять избыточную административную нагрузку на субъекты предпринимательской деятельности, снизить риски причинения вреда (ущерба) охраняемым ценностям. Изменения в сфере здравоохранения предполагают отсечение избыточных, устаревших и неэффективных норм, регулирующих деятельность контрольных (надзорных) органов в отношении медицинской деятельности, «чистку» норм, устанавливающих обязательные требования и выступающих предметом проверки в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, контроля за обращением лекарственных средств и медицинских изделий, а для сферы санитарно-эпидемиологического благополучия предполагается новая структура нормативного регулирования. Применяемый механизм, естественно, не заменяет реформу законодательства и модернизацию системы регулирования, поскольку важно не только сократить число уже принятых нормативных актов, но и обеспечить принятие эффективных законов в будущем. При этом приоритеты деятельности должны определяться, прежде всего, состоянием здоровья населения и санитарно-эпидемиологической обстановкой в стране.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. URL: <https://www.rosпотреbnadzor.ru/documents/documents.php>.
2. Гигиенические нормативы и специальные требования к устройству, содержанию и режимам работы в условиях цифровой образовательной среды в сфере общего образования. Руководство. М.: НМИЦ здоровья детей Минздрава России, 2020. 20 с.
3. Михайлова Д.Л., Кольдибекова Ю.В. Оценка воздействия хлороформа при поступлении в организм с питьевой водой на состояние здоровья детей // Вестн. Пермск. ун-та. Сер.: Биология. 2012. Вып. 2. С. 85–88.
4. Акайзина А.Э. Оценка воздействия загрязняющих веществ питьевой воды на организм детей с помощью интегральных показателей свободнорадикального окисления и летучих жирных кислот // Здоровье человека и окружающая среда: сб. науч. работ. Вып. 2. Ярославль: Издат. дом ЯГТУ, 2016. С. 8–11.
5. Бахмацкая А.И., Плуготаренко Н.К. Исследование вероятности и контроль образования токсичных веществ при хлорировании воды. URL: <https://docplayer.com/28299236-Issledovanie-veroyatnosti-i-kontrol-obrazovaniya-toksichnyh-veshchestv-pri-hlorirovanii-vody.html> (дата обращения: 03.05.2021).
6. Иксанова Т.И., Малышева А.Г., Растянкин Е.Г. и др. Гигиеническая оценка комплексного действия хлороформа питьевой воды // Гигиена и санитария. 2006. № 2. С. 8–12.
7. Вишневецкий В.Ю., Ледяева В.С. К вопросу гигиенической оценки содержания хлорорганических соединений в питьевой воде // Инженерный вестник Дона. 2015. Т. 39, № 4-2. URL: ivdon.ru/ru/magazine/archive/n4p2y2015/3473 (дата обращения: 03.05.2021).
8. Гигиенические требования к использованию в школе интерактивных образовательных технологий: учебно-метод. пособие / В.Р. Кучма, М.И. Степанова, И.Э. Александрова. М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2016. 22 с.
9. Степанова М.И., Александрова И.Э., Сазанюк З.И. и др. Обоснование гигиенических требований к использованию интерактивной доски в учебном процессе // Здоровье населения и среда обитания. 2014. № 5 (254). С. 12–14.
10. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Сазанюк З.И. и др. Гигиенические требования к организации занятий с использованием средств информационно-коммуникационных технологий: метод. рекомендации / Гигиена детей и подростков: сб. нормативно-метод. документов; под ред. чл.-корр. РАМН В.Р. Кучмы. М.: Изд-во Научного центра здоровья детей РАМН, 2013. 379 с.
11. Кучма В.Р., Степанова М.И., Текшева Л.М. Научно-методические и организационные вопросы безопасного использования современных информационно-коммуникационных устройств в системе общего образования // Здоровье населения и среда обитания. 2013. № 8 (245). С. 12–14.
12. Здравоохранение в России – 2019 г. URL: https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm (дата обращения: 03.05.2021).
13. Иванова Е.К., Охтярова Т.И. Пути формирования и сохранения профессиональных качеств голоса //

Вестн. Челябинск. гос. акад. культуры и искусств.
2015. № 2 (42). С. 134–139.

Поступила 21.05.2021

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Семенова Вера Николаевна — канд. мед. наук, доцент кафедры гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Степанова Алена Элшановна — преподаватель кафедры гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Никифорова Наталья Германовна — д-р биол. наук, профессор, заведующий кафедрой гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Галузо Наталья Анатольевна — канд. мед. наук, доцент, завуч кафедры гигиены и экологии

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Федянина Наталья Семеновна — старший преподаватель кафедры гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Федянин Андрей Павлович — старший преподаватель кафедры гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Бакаев Антон Алексеевич — преподаватель кафедры гигиены и экологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Образец цитирования: Семенова В.Н., Степанова А.Э., Никифорова Н.Г., Галузо Н.А., Федянина Н.С., Федянин А.П., Бакаев А.А. О санитарном законодательстве // Сиб. мед. вестн. 2021. № 3. С. 48–62.