

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

*В. И. БЕРЛИН*

(По материалам работы комиссии ВТЭ Плюсского района Псковской обл. за 1952—55 гг.)

Из кафедры организации здравоохранения (зав. кафедрой — проф. Н. А. Виноградов)  
Центрального института усовершенствования врачей

Работая в течение ряда лет председателем районной ВТЭК в сельской местности, мы обратили внимание на следующие факты: 1) снижение числа лиц, впервые получающих инвалидность, и, несмотря на это, 2) большое количество инвалидности 2-й или даже 1-й группы.

Первая тенденция нам понятна и объясняется повышением материального благосостояния села, улучшением условий труда, ростом сельской медицинской сети и повышением качества лечебно-профилактического обслуживания населения.

Но тем большую тревогу и необходимость вскрытия причин вызвал у нас большой удельный вес 2-й и 1-й групп среди лиц, впервые признаваемых инвалидами. Мы не имеем никаких оснований расценивать это как результат «утяжеления» течения ряда заболеваний, поскольку практика дает противоположные данные. Следовательно, надо искать причины в дефектах постановки экспертизы, стойкой утраты трудоспособности, в запоздании освидетельствования.

Своевременное определение 3-й группы инвалидности (за исключением случаев рака) привело бы к облегчению условий труда и быта больных, дало бы им возможность вовремя воспользоваться особыми видами помощи — материальной (пенсия), санаторно-курортной, трудоустройством, что замедлило или предотвратило бы прогрессирование заболевания. Разумеется, и лечебная помощь в этих случаях была бы более активной.

Приведенные наблюдения побудили нас провести изучение причин стойкой утраты трудоспособности у лиц, работающих в государственных учреждениях и предприятиях на селе, с целью поднять качество лечебно-профилактических мероприятий, снизить выход на инвалидность, своевременно проводить экспертизу заболевших рабочих и служащих, улучшить обслуживание инвалидов.

В работе нами использованы первичные материалы районной ВТЭК — акты текущего обследования инвалидов за 1952—55 гг. Плюсский район может служить моделью сельского района северо-запада РСФСР. На его территории расположены несколько совхозов, две МТС, ряд предприятий торговли и пищевой промышленности, учреждения районного значения.

Членами ВТЭК назначаются районные специалисты (терапевт, хирург, невропатолог), которые, как правило, одновременно входят и в состав ВКК, направляющей больных с посыльным листом на ВТЭК.

Эта особенность должна, казалось бы, способствовать своевременности направления больных на ВТЭК, в ранних стадиях заболевания. К сожалению, на деле оказалось не так.

Нами разработано 190 случаев первичного выхода на инвалидность за четыре последних года. Нас интересовало распределение инвалидов по основным причинам инвалидности, группам инвалидности как показателям тяжести состояния в момент экспертизы, возрастным и половым категориям.

Обычно 82% инвалидов являются людьми неквалифицированного труда. На селе рабочие совхозов, лесозаготовок и других предприятий чаще всего не имеют определенной профессии и называются «разнорабочими». Они заняты на полевых работах, подсобных работах в строительстве, могут быть сторожами, возчиками, фуражирами и пр. Квалификацию имеют лишь работники МТС и учреждений районного значения, дающие незначительный процент инвалидов.

Причины первичного выхода на инвалидность в процентах к итогу за 1952—55 гг.

Причина инвалидности	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	%	место	%	место	%	место
Болезни органов кровообращения . . . . .	22,1	1	18,6	1	27,9	1
В том числе гипертоническая болезнь . . . . .	14,9	—	9,2	—	25,0	—
Туберкулез . . . . .	16,9	2	17,9	2	15,3	3—4
Заболевания ЦНС . . . . .	14,8	3	13,6	3	16,6	2
Болезни органов движения . . . . .	9,4	4	9,3	5	9,7	5
Язвенная болезнь . . . . .	6,8	6	11,0	4	—	—
Злокачественные новообразования . . . . .	5,8	7	6,8	6	4,1	7
Болезни органов зрения . . . . .	4,7	8	4,2	9—10	5,5	6
Болезни органов дыхания . . . . .	3,7	9—10	4,2	9—10	2,3	8—9
Травмы . . . . .	3,7	9—10	5,9	7	—	—
Ревматизм . . . . .	3,2	11	3,4	11	2,8	8—9
Прочие причины . . . . .	8,9	5	5,1	8	15,3	3—4

Первое место среди причин, приведших к инвалидности, занимают болезни органов кровообращения — 22,1%.

Последствия военных действий на территории района и трех с половиной лет оккупации не могли не сказаться на цифрах инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Второе место среди причин инвалидности занимает туберкулез — 16,9%. К заболеваемости туберкулезом может быть отнесено все сказанное выше о влиянии последствий войны и оккупации. Повышенная заболеваемость туберкулезом, выявленная в первые послевоенные годы, продолжала сказываться и на инвалидности последующих лет.

На третьем месте среди причин инвалидности — заболевания центральной нервной системы — 14,8%.

На 4-м месте — заболевания органов движения — 9,4%, далее следует язвенная болезнь — 6,8%, злокачественные новообразования — 5,8%; на глазные болезни падает 4,7%, на болезни органов дыхания и травмы — по 3,7%, на ревматизм — 3,2%.

Болезни органов кровообращения занимают 1-е место как у мужчин, так и у женщин, у которых удельный вес этих болезней значительно выше, чем у мужчин (27,9% против 18,6%); у женщин преобладает гипертоническая болезнь.

Причины инвалидности мужчин и женщин различны: на 2 месте у женщин болезни центральной нервной системы, а у мужчин — туберкулез. У женщин удельный вес злокачественных новообразований, болезней органов дыхания, ревматизма и туберкулеза ниже, а удельный вес

болезней нервной системы, органов дыхания и зрения выше, чем у мужчин. Травмы у женщин встречаются крайне редко. На селе они возникают чаще всего в результате игнорирования правил техники безопасности при работе на сельскохозяйственных машинах.

Слаб, подчас, и медицинский контроль за мероприятиями по охране труда и технике безопасности на сельскохозяйственных предприятиях, недостаточна санитарно-просветительная работа, требовательность к администрации в устранении нарушений.

Изучение распределения причин инвалидности в различных возрастных группах показывает, что на селе главными причинами инвалидности молодого возраста (15—39 лет) являются туберкулез, язвенная болезнь, заболевания центральной нервной системы. В возрасте 40—59 лет главные причины: болезни кровообращения, туберкулез, рак, болезни нервной системы; у лиц старше 60 лет — болезни кровообращения.

Среди наиболее тяжелых заболеваний, вызывающих необходимость постороннего ухода (1 группа) преобладают органические поражения центральной нервной системы, туберкулез и слепота. Среди заболеваний, ведущих к нетрудоспособности (2 группа), наряду с вышеназванными, большую роль играют болезни органов кровообращения. Среди болезней, вызывающих стойкую частичную утрату трудоспособности (3 группа), главную роль играют гипертоническая болезнь и болезни органов движения.

Среди лиц, вышедших на инвалидность, женщины составили 37,9%, то есть меньше  $\frac{2}{5}$ . Только в группе заболеваний органов кровообращения и зрения количество женщин — почти половина.

При общем числе вышедших на инвалидность за 4 года — 4,6 на 100 работающих, показатель у мужчин равен 6,4, у женщин — 2,6, то есть в два с половиной раза ниже.

Среди лиц, первично прошедших ВТЭК и получивших инвалидность в период с 1952 по 1955 годы, 1 группу получили 11 освидетельствованных, 2 группу — 105, 3 группу — 74 освидетельствованных.

Среди мужчин 3 группу получили более  $\frac{2}{5}$  лиц, в то время как среди женщин — около  $\frac{1}{3}$  лиц.

Приведенные данные показывают, что число лиц, первично получающих 1—2 группы, очень велико.

Из 32 человек, впервые обратившихся или направленных на ВТЭК по поводу туберкулеза, 1 группу получили 2 чел., 2 группу — 22 чел., то есть почти  $\frac{3}{4}$  лиц направлено на ВТЭК в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (поликавернозные формы, циррозы с легочно-сердечной недостаточностью).

Из 11 чел., обратившихся по поводу рака, 1 чел. получил 1 группу, и 9 чел. — 2 группу, то есть  $\frac{9}{10}$  больных направлено на ВТЭК в тяжелом состоянии. Это можно было бы связать с поздним выявлением рака, но такое заключение не объясняет всех случаев позднего прохождения экспертизы. Наконец, 20 из 28 органических поражений нервной системы были квалифицированы как относящиеся к 1—2 группам инвалидности.

Все эти факты говорят о недостаточном внимании лечащих врачей и ВКК к вопросам экспертизы вообще и при перечисленных заболеваниях в частности (туберкулез, злокачественные новообразования, органические болезни нервной системы). Трудно представить себе, чтобы туберкулез, например, сразу давал обсеменение, каверну, декомпенсацию дыхательной функции, чтобы больной склерозом сосудов мозга попадал к врачу только после происшедшего кровоизлияния в мозг, чтобы злокачественное новообразование проявлялось сразу в столь тяжелой степени, что врачи рекомендовали 1 группу инвалидности. Разумеется, бывают и такие случаи вследствие скрытого течения, позднего обращения

к врачу, но скорее — как исключения. Поэтому, правильнее было бы объяснить позднее направление на экспертизу недооценкой роли своевременной экспертизы.

Несколько выше настороженность врачей по отношению к заболеваниям сердечно-сосудистой системы (из 42 чел. 1 группу получил 1 чел., 2 группу — 24 чел.), к язвенной болезни (2 группу — 6 чел. из 11); еще лучше обстоит дело с направлением на ВТЭК легочных (нетуберкулезных) больных.

В заключение рассмотрим выход на инвалидность в отдельных возрастно-половых группах. Из работающих в возрасте 20—39 лет на инвалидность вышло за четыре года 2,6%, в возрасте 40—59 лет — 7,0%, из лиц, работающих в возрасте свыше 60 лет — 21,9%. Выход мужчин на инвалидность во всех возрастных группах происходит значительно чаще, чем выход женщин, что видно из следующей таблицы:

(в % к числу работающих в возрастно-половой группе)

Возрастные группы	Мужчины	Женщины
20—39	4,0%	1,4%
40—59	8,8%	5,7%
60 и выше	27,3%	7,1%

На основании изучения причин инвалидности, мы считаем, что органы здравоохранения должны предъявить следующие требования к врачам общелечебной сельской сети:

а) широко внедрять диспансерный метод обслуживания тружеников села, сделав акцент на раннем распознавании заболеваний, могущих привести к стойкой утрате трудоспособности, прежде всего — болезней органов кровообращения и центральной нервной системы, а также туберкулеза;

б) своевременно, в ранних стадиях этих заболеваний, направлять заболевших на ВТЭК с тем, чтобы они могли вовремя воспользоваться различными видами помощи — материальной, лечебной, трудоустройством и пр. — для восстановления или улучшения здоровья;

в) обратить особое внимание на диагностику и лечение таких заболеваний подростков и молодежи, которые могут привести к ранней инвалидизации (туберкулез, эпилепсия, ревматизм, ревмокардит);

д) лечебно-профилактическим учреждениям на селе следует активно вести санитарно-просветительную работу, с акцентом на предупреждение сельскохозяйственного травматизма.

Поступила 12 июля 1957 г.