

Из Глазовского тубдиспансера.

Определение трудоспособности легочных туберкулезных больных в соц. секторе села.

П. П. Зам.

Если оценка трудоспособности туб. больных определенной профессии наталкивается на значительные трудности, тем сложнее она в отношении работников сельского труда в колхозе или совхозе, где чрезвычайное разнообразие трудовых процессов требует от врача-эксперта помимо правильного определения характера туб. заболевания у исследуемого больного, еще знания условий тех работ, которые в данный промежуток времени имеют место.

Сельский врач находится в значительно худших условиях, чем его ^{со-}брат в большом городе или промышленном районе. Отсутствие необходимой диагностической аппаратуры, в первую очередь рентгена, невозможность прибегнуть к консультации более опытного товарища, большая перегруженность амбулаторных приемов и отсутствие диагностических коек отражаются на качестве диагностической работы и ставят врача в весьма трудное положение при решении такого ответственного вопроса, как оценка трудоспособности.

Существующий в настоящее время метод определения трудоспособности, механически относящий больного к той или другой группе инвалидности, без учета особенностей сельского труда, явно не достигает цели и не удовлетворяет ни больных, ни колхозные организации.

Нижеприведенная таблица является попыткой, требующей дальнейших исправлений и дополнений в процессе практической работы, — подойти к этому вопросу иначе, с точки зрения целесообразного использования частичной трудоспособности туб. больных. При решении вопроса о трудоспособности туб. больного врачу-эксперту приходится решить: 1) имеется ли у больного полная утрата трудоспособности без надежды на ее частичное восстановление, 2) нуждается ли больной в настоящее время во временном освобождении от всех работ и на какой срок, 3) может ли больной по состоянию своего здоровья и без ущерба для него, работать нормально, т. е. сохранилась ли полная или частичная трудоспособность. Этот последний вопрос, т. е. вопрос о целесообразном использовании частичной трудоспособности больного, является для врача наиболее трудным и ответственным. Необходима правильная оценка туб. процесса и возможностей больного организма, чтобы, с одной стороны, не послать больного на слишком тяжелую работу, а с другой, не освободить здорового или больного от работы, которая ему по силам. Важность использования частичной трудоспособности больных в экономике колхоза, при недостатке рабочей силы, особенно во время различных кампаний, понятна сама собой.

Приводимая схема построена таким образом, что все работы сгруппированы по степени их трудности для туб. больных, так что в зависимости от хода заболевания представляется возможным переводить больного с более тяжелой работы на более легкую и наоборот. Введя еще обозначение „ограниченной трудоспособности“, т. е. ограничение рабочего дня

представляется возможным еще индивидуализировать оценку частичной трудоспособности в каждом отдельном случае и найти наиболее целесообразный способ использования больного в колхозном труде.

Отнесение отдельных видов работ в ту или иную группу мы пытались производить гл. обр. с точки зрения возможного влияния данного трудового процесса на обострение тбк заболевания. Группы, как видно из таблиц, следующие: 1) тяжелые работы, требующие большого физического напряжения, связанные с длительной инсоляцией или проводимые в согнутом положении тела, требующие длительного напряжения внимания. К тяжелым же работам отнесены нами работы на лесозаготовках, по сплаву леса, отдельно выделенные, как особо тяжелые, проводимые обычно зимой в мороз, или весной и осенью в сырости и грязи, вдали от постоянного места жительства рабочих, часто в неудовлетворительных условиях жилья и питания.

2) Группа легких работ, не требующих особого физического напряжения и позволяющих по своему характеру прибегать к перерывам и отдыху.

3) Группа работ средней тяжести, по степени своей трудности и вредности помещающаяся между вышеприведенными двумя.

4) Работы, связанные с вдыханием пыли и вредных газов.

Вполне понятно, что в нашей схеме помещены только главнейшие виды работ, сгруппированные для наглядности по отдельным кампаниям.

Не подлежит также сомнению, что определение понятий „тяжелый труд“, „легкий труд“, особенно в отношении земледельческого труда, с его крайним многообразием в зависимости от различных, весьма трудно учитываемых факторов,—весьма условно. Один и тот же трудовой процесс, в зависимости даже от таких условий, как погода, климат, рельеф местности и пр. может требовать то большего, то меньшего физического напряжения. Схема поэтому поможет дать лишь общую руководящую установку, на основе которой врач-эксперт должен произвести индивидуальную оценку в каждом отдельном случае.

Характеристика туб. процесса. При составлении схемы все многообразие проявлений легочного тбк разбито на 6 групп. При этом мы отчасти пользовались при описании отдельных групп,—схемой для оценки трудоспособности ЦТИ (В. Т., 1931, № 5).

К первой группе отнесены все практически здоровые (легочные туб. больные 1—II ст. по Турбану, не давшие в течение не менее 2-х лет обострений и явлений интоксикации). Следующей ступенью их является II-я группа, охватывающая больных с незначительным, в смысле протяженности старым, прочно компенсированным, некавернозным и абацилярным процессом, без склонности к кровохарканию, без упадка питания. Сюда же относятся больные с фиброзным кровохарканием и с стойко-компенсированным неосложненным и. п. Последние, так же как и стойко компенсированные бациллярные больные, только после заключения врача-фтизиатра. В противном случае они должны быть отнесены в следующую группу.

Несколько слов насчет группы больных с диагнозом „1—А“. Часто под этим диагнозом проходят больные, ничего общего с тбк не имеющие. Обычно это больные с жалобами на общую слабость, небольшой кашель, с астено-телосложением, с удлиненным выдохом на верхушках, с явлениями со стороны носоглотки и пр. Они до сих пор составляют довольно значительный процент диспансерных приемов и выписанных или снятых с учета его, настойчиво опять возвращаются. Их необходимо отграничить от действительно туб. больных, и освобождения они, конечно, не подлежат. Осторожность необходима также при диагнозах „1—В“, особенно если

жет возможности пользоваться рентгеном, под этим флагом часто проходят больные с вегетативным неврозом, с женскими болезнями и пр.

К III-й группе относятся больные с затихающим или стационарным процессом, с старыми кавернами и фиброзом, с незначительным смещением средостения, без явлений интоксикации. Сюда же относятся случаи успешно наложенного и. п., не раньше 4-х месяцев после наложения. К больным этой группы необходимо внимательное отношение в смысле достаточно длительного периода наблюдения, так как понятие компенсации является более или менее относительным. В настоящее время мы не можем во всех случаях провести резкую грань между „компенсированным“ и „субкомпенсированным“ туберкулезом с точки зрения прогноза и оценки трудоспособности таких больных, особенно при непродолжительном сроке наблюдения. Поэтому согласно нашей схемы, больные этой группы в течение первых 2—4 месяцев назначаются только на легкие работы и в случае отсутствия обострений и ухудшений, при постоянном врачебном контроле, переводятся на работы средней тяжести, в начале с ограничением во времени.

К IV группе отнесены больные с явлениями легкой интоксикации, как показывает опыт, довольно хорошо справляющиеся со своей работой. Нужно иметь в виду, что такие больные часто переоценивают свои силы и берутся за все работы. Необходимо поэтому с самого начала поставить их в этом отношении в определенные рамки, указав им на возможность обострений туб. заболевания. К этой группе подлежат преимущественно больные с медленно прогрессирующим процессом, без каверн, с субфебрильной температурой, с незначительной наклонностью к кровохарканьям. Бациллярных больных этой группы рекомендуется сначала назначать только на легкие работы, с ограничением рабочего дня на половину и только после достаточного срока наблюдения увеличить нагрузку. Весьма желательно, чтобы таких больных время от времени консультировали бы врачи-фтизиатры.

V-я группа охватывает больных, требующих временного освобождения. Сюда входят все обострения хронических случаев, все острые формы, вообще все случаи, подлежащие лечению, в частности все осложнения со стороны гортани. Как правило, мы даем освобождение и всем беременным и кормящим грудью женщинам с открытым тбк.

К VI-й группе отнесены все случаи с стойкой и полной утратой трудоспособности.

Во всех случаях отнесения больного к какой-либо группе трудоспособности (неполная трудоспособность, временная нетрудоспособность) должен указываться и срок, по истечении которого больной подлежит переоценке. Лучше всего при этом пользоваться печатными справками, образец которой приводится. На обороте ее отмечается срок явки на очередной осмотр, что играет роль для безошибочных больных в смысле получения из колхоза перевозочных средств.

В заключение несколько кратких историй болезни:

1. Ш. Н. удмурт, 21 г., колхозник. Впервые обратился в диспансер 31. I. 1928 г. с жалобами на кашель с мокротой, слабость, утомляемость. Болен недавно. Больной небольшого роста—149 см., астенического телосложения, вес 44,1, окружность груди 78. Справа западение верхушки, легкое приглушение над и под ключицей, сзади до середины лопатки. Там же выслушивается неопр. дыхание, редкие сухие хрипы. ВК—, РОЭ—5, температура—N. Диагноз: тбк легких. II—А. В течение 3-х лет больной сносно справлялся со всеми обязанностями в колхозе, временами получая освобождение от лесозаготовок. 5. XII. 1931 г. больной обратился с жалобами на усиливающийся за последние 2 месяца кашель, сильную слабость, похуждание. Легкие: справа приглуш. до III ребра, сзади до нижнего угла лопатки, там же дыхание с бронх. оттенком, обильные влажные хрипы. ВК+, РОЭ—35, температура—субфебрильная. Диагноз: 1+2+3 III—В. В виду прогрессирования процесса дано временное освобождение от всех работ.

2. Б. Н., удм., колхозник. При поголовном обследовании одной деревни в марте 1931 г. жаловался на кашель и одышку, которые его беспокоят уже давно. Все время работает. Больной среднего роста, вес 54, температура—N. РОЭ—37, ВК+. Справа приглушение до 3-го ребра, сзади до угла лопатки. Над верхним полем бронх. дыхание, ниже с бронх. оттенком. Под ключицей много влажных звонких хрипов (распад). Слева приглушение до 2-го ребра, бронхо-везикул. дыхание.

Схема оценки трудоспособности туберкулезных больных.

Характеристика туб. процесса	Классификация работ			
	Легкие работы	Работы средней тяжести	Тяжелые работы	Лесозаготовки Работы, связанные с пылью и газами
1. Заглохший процесс. Практически здоровые.	Трудоспособны			
2. Стационарный, стойко компенсированный процесс. Незначительное поражение верхушек. Старые плотные очаги, без каверн, без ВК, с незначительным упадком питания, без кровохаркания (если ВК+или фиброзные кровохаркания, только по заключению врача-фтизиатра) AI, AII, некоторые формы вполне компенсированные и. п. (по заключению врача-фтизиатра).	Трудоспособны	Трудоспособны	Ограниченно трудоспособны	Ограниченно трудоспособны
3. Затихающий и стационарный процесс. Старые плотные очаги и ст. каверны. Фиброз легких с незначительным смещением органов средостения. Как правило, ВК в мокроте. Редкие и небольшие кровоотечения. Т-ра нормальная, без явлений интоксикаций, небольшая одышка, незначительный упадок питания. AII, AIII. Успешно налаженный и. п. без осложнений после первых 4-х месяцев.	Трудоспособны	Трудоспособность ограничена	Нетрудоспособны	Нетрудоспособны
Постоянный врачебный контроль.	Трудоспособны (по заключению врача-фтизиатра)			

4. Стационарный или медленно прогрессирующий процесс (после продолжительного периода наблюдения, желательного стационарного, — при регулярном дальнейшем контроле). Преимущественно формы без симптомов каверн. Открытые и закрытые формы, т-ры не выше 37,5, без значительных колебаний, с другими явлениями легкой интоксикации. Незначительная наклонность к кровохарканию. Удовлетв. состояние питания I—II—III—B.

Постоянный врачебный контроль.

5. Все остро протекающие формы и обострения хронических. Инфильтративные формы. Каверны, подлежащие лечению. Частые кровотечения. II п. в первые 4 мес. после наложения, пневмоплевриты, подлежащие лечению. Женщины с открытыми формами под п. 3 и 4 в период беременности и кормления. Тбк горани, подлежащий лечению. В и С

6. Быстро прогрессирующие злокачественные формы. Множественные и большие каверны, не поддающиеся лечению. Опирный фиброз с значительным смещением сердца и орг. средостения, с сильной одышкой. Частые и обильные кровотечения. ВК и эл. в. в мокроте. Высокая т-ра. Упадок питания, тбк горани, резко выраженный туберкулез кишок, почек. В и С III—A.

Трудоспособность ограничена.

Нетрудоспособны

Нетрудоспособны

Трудоспособны по заключению врача-фтизиатра. Трудоспособность ограничена (по заключению врача-фтизиатра).

Временная утрата трудоспособности (подлежат лечению)

Полная утрата трудоспособности (указать, необходим ли посторонний уход)

Таблица распределения работ по группам.

Легкие работы	Работы средней тяжести	Тяжелые работы	Работы, связанные с пылью и газами
1. Удобрение почвы	Возка навоза и минеральных удобрений. Раскидка навоза и раскладка его в борозды.	Накладка навоза на воз.	Рассев минеральных удобрений руками и сепялкой.
2. Обработка почвы	Боронование простой и пружинной бороной. Обработка почвы культиватором.	Вспашка плугом. Лушение почвы (мелкая вспашка).	Работа на тракторах.
3. Уход за зерновыми, посев и полка.	Возка семян без накладки.	Накладка семян на возза. Полка полынниками ручными и конными. Конох на сеялке.	Посев ручной и сеялкой. Полка руками.
4. Жатва и уборка зерновых.		Подвозка снопов к кладни или к молотилке.	Машинаст и кочегар при паровой молотилке. Вязка снопов. Укладка снопов в клад, жатва серпом, косой, машинами.
5. Работы на огороде и в поселке. Уход за корнеплодами.	Укладка картофеля и др. корнеплодов в борозды при посеве. Подбирание корнеплодов при уборке с огорода. Переборка корнеплодов при хранении. Посадка и уборка других овощей. Работа в садах. Работа на посеке (выемка меда запрещается баццллярным больным).	Посев корнеплодов конной сеялкой. Окучивание картофеля. Выкапывание картофеля. Возка и ссыпка корнеплодов.	Полка картофеля, скашивание ботвы.

Разные работы при молотилке. Молотилка в ручную или конной молотилкой. Резка соломы. Вязание и сортировка семян.

6. Ухо д за льном.	Возка с поля и на поле без накладки семян льна.	Уборка льна со стлнца.	Полка льна, торбеленье льна, мочка льна, добывание льна из мочильных ям и растил его.	Мяте, очесывание, трепанье льна, сортировка и веяние семян, околичивание льна, стлание льна.
7. Уход за травами	Стрбание сена конными граблями; подвоз сена к стогам.	Посев трав, косьба косылкой, ворошение и стрбание сена руками, копчение сена, прессование сена.	Косьба руками. Метание сена в стога.	Молотьба, вязание и сортировка семян.
8. Уход за скотом и птицей.	Пастьба птицы. Уход за птицей. Работа в инкубаторе.	Уход за овцами. Стрижка овец. Пастьба мелкого скота. Пастьба лошадей в ночном.	Уход за рабочим и рогатым скотом. Уход за мелким скотом. Пастьба лошадей и рогатого скота. Конюхи.	
9. Молочно-масляное и сывороженое производство.		Рабочие сыровары и маслобен (мытьё посуды, кипячение воды, уборка и пр.) ¹⁾ .	Работа на сепараторах. Сбивание масла вручную ¹⁾ .	
10. Разные работы.	Возчики, сторожа, посыльные, канцелярские работники.	Судомойки, кладовщики и т. д.	Прачки, няни в яслях, дет. домах, повара, кухарки, техники в сельских школах ¹⁾ . Земляные работы, рабобы на камолольных и т. п.	Работы в валальном производстве на шерстобитных машинах, раскатывание, мочка шерсти и т. п. Работа на мельнице, в известковых ямах.
		Работа в сапожных и портняжных мастерских в зависимости от случая.		

¹⁾ На указанные работы могут быть допущены только небаццллярные больные.

Сердце смещено вправо. Диагноз: тбк легких $\frac{1+2}{1}$ III—А—фибр. Больной освобожден от тяжелых работ и исполнял обязанности сторожа. Несмотря на запрещение, принимал участие в сенокосе, уборке хлеба и осенью молотил. Находился под постоянным наблюдением диспансера и лежал в диагностическом отделении. Температура все время в пределах нормы, вес 54,0—54,5. В январе 1932 г. резкое обострение легочного процесса, тяжелый ларингит и в марте больной умер.

3. К. Г., 30 л., удм., колх. 16. XI. 1930 г. обратился в диспансер с жалобами на кашель с мокротой, повышение температуры до 37,8, одышку, слабость. Кашляет около 2-х лет. В легких: справа приглушение перкут. звука до II-го ребра и до серед. лопатки, слева тоже. Бронхо-везик. дыхание, местами с бронх. оттенком. ВК+, Эл. в.+, РОЭ—22, температура—36,5—37,5. Рост 173, вес 54. Диагноз $\frac{1+2}{1+2}$ II—В;

Больной провел около месяца в диагностическом отделении, хорошо прибыл в весе. Больному порекомендованы легкие работы, дано освобождение от тяжелых. В течение года справлялся со своими обязанностями, хотя температура все время повышена—37,5—37,6. С 13. VIII. по 25. VIII. 1931 г. находился повторно в диагностическом отделении. Со стороны легких idem, РОЭ—14, ВК+, вес 57, т-ра—36,4—37,4. В настоящее время работает в канцелярии колхоза с полной нагрузкой и ведет общественную работу.

4. У. М., 39 л., удм., колх. 16. II. 1932 г. обратился в диспансер с жалобами на кашель с обильной мокротой, частое кровохарканье, одышку, очень сильную во время движений и работы, слабость, прогрессир. похудание. Болен 15 лет. Больной мыщечно-торакального телосложения, рост 169 см., вес 54,4, температура субфебрильная. РОЭ—16, ВК+, Эл. в.+. При исследовании: западение прав. половины груди. хлестки, приглушение перк. звука, бронхиальное дыхание, в подм. области много грубых влажных хрипов (распад), сердечная тупость смещена вправо. В левом легком резкое дыхание, местами с бронх. оттенком. Диагноз: $\frac{1+2+3}{1}$ III—А иброса. Больной признан совершенно нетрудоспособным.

Из Социального отдела Центрального туберкулезного института, Москва—дир. Д. И. Шифман и V тубдиспансера—зав. К. П. Брызгалов.

Трудоустройство туберкулезных больных.

Н. Е. Введенская.

Вопросы рационального использования трудоспособности и трудоустройства туберкулезных больных приобретают по мере развертывания социалистического строительства серьезное практическое значение. Своевременное и правильно проведенное трудоустройство следует рассматривать как профилактику ранней инвалидности туберкулезных больных. Инвалидность вследствие туберкулеза легких имеет большое социальное значение. В этиологии инвалидности в рабочем возрасте, от 20 до 40 лет, туберкулез все еще играет доминирующую роль, составляя свыше трети всей инвалидности.

На 100 инвалидов от всех причин в возрасте от 20 до 40 лет, 40,5 падает на туберкулез; в возрасте от 20 до 25 лет—45,6. По данным Цустраха за 1927—29 гг. ежегодно в СССР зачисляется на пенсию свыше 20000 новых туберкулезных инвалидов. В ряду причин инвалидности туберкулез занимает 2-е место (после болезней сердца) и составляет $\frac{1}{6}$ общей инвалидности. Туберкулез служит причиной наиболее тяжелых форм инвалидности I и II группы (свыше половины общего числа инвалидов этих групп). Туберкулезные инвалиды—наиболее молодые инва-