

Сердце смещено вправо. Диагноз: тбк легких $\frac{1+2}{1}$ III—A—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—B;

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—A ibrosa. 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-

лиды; средний возраст туб. инвалида составляет 37,3 года для мужчин, 34 года — для женщин, между тем как возраст инвалидов от всех причин составляет в среднем 49,5 лет (мужчины) и 45,2 (женщины).

Поэтому накопление опыта и разработка наиболее рациональных форм трудоустройства туб. больных, как на производстве, так и вне его в специальных учреждениях (профилактические мастерские, трудовые колонии, трудпрофилактории) становится наиболее актуальной задачей туборганизаций.

На Западе в области трудоустройства туб. больных сделано очень немного. В капиталистическом хозяйстве крайне затруднена всякая возможность трудоустройства туберкулезного рабочего на самом производстве, путем создания облегченных условий труда, перевода на подходящую работу. Поэтому в буржуазных странах трудоустройство туберкулезных больных пошло по пути создания специальных учреждений для туберкулезных больных с пониженной трудоспособностью. Трудоустройство у них носит благотворительный характер и охватывает небольшой контингент туберкулезных больных. Организовано несколько мастерских — в Лондоне мастерская кожаных изделий на 20 чел., в Нью-Йорке с 1915 г. существует швейная мастерская для абациллярных больных на 300 чел. В Англии, Германии, Италии созданы единичные трудовые колонии для туберкулезных больных. Наибольшей известностью пользуется труд. колония в Папворсе, близ Кембриджа, организованная в 1916 г. Туберкулезные больные живут в колонии с семьями и работают в многочисленных мастерских колонии: столярной, чехмоданной, кожаной и др. Продукция колонии имеет хороший сбыт и успешно конкурирует на рынке. На расширение колонии и оборудование мастерских затрачиваются большие средства. Колония растет очень медленно (большой отсев при приеме); за 17 лет существования колонии общее число колонистов с семьями достигает 500 человек; практическое значение такого рода труд. колоний, как формы трудоустройства, незначительно. В 1929 г. Бригером организована под Бреславлем трудовая колония для туберкулезных инвалидов на 250 чел. Задача колонии изолировать бацилловыделителей и обеспечить небольшой заработок.

В СССР вопросы трудоустройства туберкулезных рабочих — один из важных участков работы диспансерного врача на производстве. В условиях социалистической промышленности имеются большие возможности для рационального использования ограниченной трудоспособности туберкулезного больного на самом производстве. При поддержке рабочей общественности и содействии ВТЭК'ов врач диспансера имеет возможность добиться проведения ряда мероприятий по облегчению и оздоровлению условий труда туберкулезных рабочих (перевод с ночных смен, на подходящую работу и т. д.) В этом отношении в РСФСР проведена значительная работа.

В 1932 г. Центральным туберкулезным институтом НКЗ совместно с Сормовским тубдиспансером проведена научно-практическая работа на заводе „Красное Сормово“ (23000 рабочих) по изучению трудоспособности и трудоустройству туберкулезных рабочих бацилловыделителей. Совместно с врачами диспансера и санитарно-промышленным врачом были обследованы рабочие места 122 бацилловыделителей и выявлены больные, нуждающиеся в трудоустройстве. Большая группа бациллярных рабочих работала в сравнительно благоприятных условиях механического и инструментального цехов в профессиях токаря, слесаря-инструментальщика и на административно-технической работе в качестве конструкторов, бригадиров. Эта часть больных не нуждалась в трудоустройстве. При проведении трудоустройства основной установкой было сохранить больного по возможности в той же профессии и даже в том же цеху, путем оздоровления санитарной обстановки и условий труда больного. Опыт ра-

боты на производстве показывает, что гораздо чаще вредна для туб. больного не самая профессия, а неподходящие санитарные условия, нередко устранимые. Необходимо учесть также, что перевод на другую профессию связан для больного с психической травмой и нередко с снижением заработка.

9 бацилловыделителей были переведены с ночных смен, 27 переведены в облегченные условия труда в той же профессии или на другую более подходящую работу. Так, например, крановщица механического цеха, с односторонним искусственным пневмотораксом, была переведена с большого крана на маленький кран. Работа на большом кране сильно утомляла больную, в виду непрерывной загрузки крана, перевозкой по цеху больших грузов; расположение крана под самым потолком цеха—затрудняло подъем на него (высокая лестница); самое управление краном требовало физических усилий. Больная сильно уставала, нередко бюллетенила по нескольку дней. С переходом на маленький, дополнительный кран, перевозивший только мелкие грузы, больная получила возможность коротких и частых перерывов в процессе своей работы во время остановок в работе крана (отсутствие мелких грузов); маленький кран был к тому же значительно ближе к полу. Самочувствие и работоспособность больной значительно улучшились после перевода.

Квалифицированные рабочие с большим профстажем были использованы на работе бригадиров и инструкторов. Так, формовщик чугуно-литейного цеха с фиброзно-продуктивным очаговым процессом—в мокроте палочки Коха, имеющий 40 лет профессионального стажа формовщика, был переведен на работу бригадира в том же цеху с тяжелой физически и очень пыльной работы формовщика. Квалифицированный столяр деревообделочного цеха был переведен на более легкую физически и более квалифицированную работу столяра-разметчика в том же цеху с лучшей оплатой труда.

Машинист на паровозе с 20-летним стажем (в мокроте туберкулезные палочки и эластические волокна) был переведен на работу машиниста-инструктора, выше оплачиваемую. Уборщица цеха, бациллярная больная, переведена на работу бригадира по уборке. Электромонтер, работавший по монтажу на внешней проводке, переведен на работу внутри помещения.

Клепальщик, занятый на тяжелой работе по клепке больших котлов, переведен в механический цех для обучения слесарной работе. При содействии отдела кадров завода трое бациллярных рабочих (кочегар, чернорабочий и сторож) были переквалифицированы на профессию токаря на профтехкурсах завода; страхкасса за время обучения (6 мес.) доплачивала полный заработок.

Изучение профессионального прошлого туберкулезных рабочих показало, что свыше трети рабочих перешло после заболевания туберкулезом легких по собственной инициативе в более благоприятные условия труда; квалифицированные рабочие перешли на административно-техническую работу в своей профессии, в качестве контролеров, приемщиков, монтеров, бригадиров и повысили свою квалификацию. Туб. больные, работавшие в профессиях токаря, фрезеровщика, слесаря-инструментальщика, отличались большой профессиональной устойчивостью, т. е. после заболевания туберкулезом продолжали работать в прежней профессии; эти профессиональные группы и наиболее прочно сохраняли трудоспособность.

Интересная работа по трудоустройству туберкулезных больных проведена врачом туб. пункта на Горьковском автозаводе (24000 рабочих) в 1932 г.; из 56 бацилловыделителей, выявленных на заводе, 21 больной были переведены из горячих цехов и с тяжелых работ в благоприятные санитарные условия труда механосборочного цеха, в тех же профессиях, или на более подходящие работы. На новых, хорошо оборудованных заводах, с большим количеством цехов и профессий, трудоустройство туб. больных путем перевода в более здоровые условия труда не вызывает больших трудностей. Благодаря тесному контакту и живой связи врача туб. пункта с цехадминистрацией и цеховыми врачами, мероприятия по трудоустройству туб. больных не встретили возражения у администрации завода. 5 инженеров-бацилловыделителей, работавших в горячих цехах (литейном, кузнечном и др.), были переведены на работу в механосборочный цех, в прокатное бюро,

в административный аппарат завода. 4 слесаря из горячих цехов переведены на работу бригадиров и контролеров.

Бациллярный больной, занятый на работе травильщика, был переведен на здравпункт в качестве делопроизводителя; котельщик устроен на работу агента по снабжению.

Наряду с трудоустройством туберкулезных больных в условиях производства, в СССР создаются специальные учреждения, трудпрофилактории, для туб. больных-инвалидов, с значительным понижением трудоспособности, не могущих продолжать работу в обычных рамках производства, в течение целого рабочего дня. Задача трудпрофилактория—восстановить трудоспособность путем дозированного труда, соответственно клиническому состоянию больного, обучить подходящей профессии и снова вернуть на производство. В Московском трудовом профилактории туб. инвалиды работают под врачебным контролем в цехах профилактория (швейном, слесарном, столярном), получают трехразовое питание, отдых на веранде после обеда. По окончании курса обучения от 8 мес. до 1 года снова возвращаются на производство для работы в новой профессии.

Интересный опыт начат украинским тубинститутом по организации профилактических артелей для туб. больных социально-опасных работников пищевой промышленности, детских учреждений, парикмахеров, кондукторов. В 1933 г. в Харькове в системе инвалидной кооперации была организована профилактическая артель лозоплетения (производство легкой мебели из камыша). Страховка и инвалидная кооперация обеспечили дотацию в 180 тыс. на оборудование мастерских, столовой и общежитий. В 1934 г. намечена организация деревообделочного и переплетного цехов; артель работает на хозрасчете.

Трудоустройство туб. инвалидов, потерявших связь с производством, представляет, однако, значительные трудности; организация специальных учреждений для туб. инвалидов, их переквалификация и восстановление трудоспособности требуют больших материальных затрат. Между тем, своевременное трудоустройство этих же больных, до перевода их на инвалидность на подходящей и посильной работе могло бы значительную часть их сохранить для производства в интересах дела и самого больного.

Тубдиспансеры, работающие на производстве, знакомые с производственными и бытовыми условиями своих больных, имеют большие возможности для рационального трудоустройства их на производстве. Длительное диспансерное наблюдение туб. больных, работающих на производстве, дает диспансеру ценный материал для постановки правильного клинического и трудового прогноза. Систематическая связь диспансера с производством позволяет наметить и провести в жизнь необходимые мероприятия по трудоустройству.

Центральным тубинститутом НКЗ совместно с V Московским тубдиспансером в 1933/34 г. проведена работа по изучению трудоспособности и трудоустройства рабочих бацилловыделителей, состоящих на учете V диспансера. Методика работы заключалась в профессионально-клиническом изучении больного. На основании данных клинического анамнеза, длительного диспансерного наблюдения (повторные рентгенозарисовки, анализы мокроты, крови) и клинического течения (частота и продолжительность обострений) составлялась клиническая характеристика каждого случая.

Профессиональная характеристика больного складывалась путем изучения его профессионального прошлого (профмаршрута)—выяснение про-

фессий, в которых больной работал в течение жизни и профессиональный стаж в этих профессиях; причины перемены профессии; трудовая установка больного—его отношение к своей профессии, описание процесса самой работы и выяснение „барьерных“ моментов в работе, затрудняющих больного—физическое напряжение, темп, температура, ночная работа, нервные напряжения и т. д.; трудовые показатели—зарплата, выполнение плана и др. На основании собранного материала ставился клинический и трудовой прогноз данного случая, выяснялось, насколько выполняемая больным работа соответствует клиническому состоянию и намечались необходимые мероприятия по трудоустройству.

Всего было изучено 130 бациллярных рабочих; свыше $1\frac{1}{2}$ их нуждалось в том или другом трудоустройстве, меньшая половина в трудоустройстве не нуждалась.

Приводим несколько случаев, иллюстрирующих эту работу.

1. Е., 52-х лет, мастер-формовщик сталелитейного цеха завода „Серп и молот“. Болен туберкулезом легких в течение 12 лет. На учете диспансера с 1922 г., когда у больного после кровохаркания впервые были обнаружены единичные палочки в мокроте, 0—2 в поле зрения. В 1924 г.— $1\frac{1}{2}$ мес. в санатории „Высокие горы“ по поводу кашля с большим количеством мокроты и сильной одышки. В санатории „Высокие горы“ аускультативно отмечалось справа резкое дыхание и большее количество крупно-пузырчатых хрипов слева до половины лопатки, спереди до 3 ребра. Там же участок бронхофонии: температура—норма, пульс 90; реакция оседания эритроцитов—8—10—22—2; бац. Коха обнаружены, при выписке—исчезли; эл. вол.—абс. На рентгене справа массивный цирроз, занимающий $\frac{3}{4}$ легочного поля; между 3 и 4 ребром, у позвоночника обнаружена каверна с толстыми стенками, величиной с грецкий орех; аорта диффузно расширена и перетянута вправо. Диагноз санатория—аортит, миокардит, лобарный фиброз. А. III. Б-ной был выписан с улучшением; бацилл Коха не найдено, прибавил в весе +7 кгр. Последующие 9 лет, с 1925 по 1934 г. у больного жалобы на сильный кашель, больше по утрам, порционно мокроты, до 100 куб. см. в сутки, значительную одышку. Вес устойчив, температура—норма, удовлетворительное самочувствие; изредка плевок крови в мокроте. Единичные палочки в мокроте, исчезнувшие только в 1932 г. Периодически санаторное лечение в течение $1\frac{1}{2}$ —2 мес., всегда с улучшением; в санатории 6 раз, причем дважды в Крыму. Реакция оседания эритроцитов дает всегда высокие цифры, снижающиеся после пребывания в санаториях—40—38; 28—18; 50—32; 43; 48; 46 (в V. 34 г.).

На рентгене (в IV. 34 г.)—правосторонний фибро-кавернозный тбк процесс с большим развитием фиброза, мелкоочаговая диссеминация в нижней половине правого легочного поля и в верхних $\frac{2}{3}$ слева. Трахея и органы средостения смещены вправо.

Диагноз (1934 г.) туберкулез легких АIII, эмфизема, артериосклероз, миокардит. Все годы полная трудоспособность в прежней профессии формовщика, за исключением 8 мес. в 1930 г., когда больной после обострения процесса перешел на инвалидность II гр. и временно не работал.

Работу по найму больной начал с 10 лет, учеником механической мастерской. 14 лет поступил в сталелитейный цех з. „Серп и молот“ в качестве чернорабочего, а с 17 лет переходит на работу формовщика. В этой профессии работает всю свою трудовую жизнь, 34 года, при чем все годы на одном заводе и в одном и том же цеху. Профмаршрут Е-на характеризуется, таким образом, большой (профессиональной) устойчивостью и профессиональной оседлостью. Профессия формовщика (формовка в опоках тяжелых различных деталей из формовочной земли, содержащей большой процент силикатных соединений) и последующая выбивка формовочной земли (из опок) связана с значительным физическим напряжением, большой запληенностью и неудобным положением тела (сидя на корточках); нужно учесть также и неблагоприятные санитарные условия старого сталелитейного цеха з. „Серп и молот“ (теперь заново реконструирующегося). Бациллярный, кавернозный, туберкулезный процесс не помешал больному успешно продолжать работу формовщика в течение ряда лет. В X. 1930 г. после 8-месячного перерыва в ра-

Боте в связи с обострением, больной снова вернулся на работу в свой цех; многолетний профессиональный опыт формовщика позволил больному перейти на работу инструктора, а затем цехового мастера по формовке. Получает высокую ставку, как квалифицированный специалист—400 р. в месяц. Ударник. С работой цехового мастера хорошо справляется, но к концу рабочего дня сильно устает. Барьерным моментом в работе служит для больного работа в ночной смене, сильно утомляющая больного; цех работает в 3 смены и перевод цехового мастера в дневную смену невозможен.

В данном случае наибольший интерес представляет прочное сохранение трудоспособности больного с открытым кавернозным процессом, в течение 10 лет работающего в горячем цеху в профессии формовщика. Это объясняется доброкачественной фиброзной формой туб. процесса и — большим профессиональным опытом больного, хорошо приспособившегося к своей работе.

Переход больного в последние 2 года на более квалифицированную работу инструктора, а затем административно-техническую работу цехового мастера представляет наиболее рациональное использование квалификации больного и его неполной трудоспособности (высокое РОЭ одышка, эмфизема). Клинический и трудовой прогноз данного случая нужно считать благоприятным. Ежегодное санаторное лечение поддерживает хорошую устойчивость туб. процесса. В трудоустройстве больной не нуждается, за исключением перевода в дневную смену, что, к сожалению, невозможно по условиям производства.

2. С-ов. 22-х лет, медник з. „Компрессор“. С 16 лет работает медником в медницком цехе завода „Компрессор“. Работа заключается в приготовлении из меди, в горячем и холодном виде, различной аппаратуры и деталей. Специфические вредности работы — пайка меди у горна — выделение газов, кислот, копоти, лучистая теплота. У больного временами явления лихорадки — сладкий вкус во рту, внезапные повышения температуры. Работа при этом физически тяжелая — приходится нередко одному поднимать тяжелые детали. Санитарные условия труда в медницком цеху неблагоприятны — зимой цех плохо отапливается, приходится работать на холодном сквозняке. Ударник, трижды премирован. Работает сдельно — основной заработок 140 руб.; в некоторые месяцы зарабатывал до 400 руб. На попечении больного мать и двое маленьких братишек.

Два других брата больного, 19 и 23 лет, умерли от туберкулеза легких в 1932—33 гг. Общая комната, тесный контакт. В VIII. 1933 г. у больного острое заболевание — в течение 10 дней, температура 39,0. На рентгене в правом легком обнаружен свежий инфильтративный процесс с распадом и аспирационным обсеменением справа и частью слева. В мокроте туберкулезные палочки, реак. ос. эр. 34; эл. вол. — абс. Наложено искусственный пневмоторакс; после 2 1/2-мес. санаторного лечения („Прозоровка“) палочки исчезли. После санатория вернулся к прежней работе медника. Слустя 3 недели экссудат в правом легком; снова туб. палочки в мокроте. реак. осаж. эритро. 47. 1 1/2 мес. б/л, посещение площадки диспансера. Самочувствие значительно улучшилось — больной был выписан на работу и перед этим направлен в профкабинет для консультации и трудоустройства. Работа медника с ее специфическими вредностями для больного была безусловно противопоказана, учитывая наличие свежего двухстороннего прогрессирующего процесса. Необходимо было подыскать для больного другую работу в более здоровых санитарных условиях труда. Трудоустройство больного потребовало неоднократных посещений завода сестрой, бесед с больным, с мастером цеха. По нашему предложению был намечен перевод больного в механический цех на слесарную работу, с которой больной был уже несколько знаком по работе в медницком цеху. Но механический цех работал в 3 смены, тогда как медницкий — только в одну, дневную смену. Кроме того переход в другой цех был психической травмой для больного, сроднившегося с медницким цехом за 6 лет работы. Цеховым мастером было поэтому предложено оставить больного в прежнем цеху, переведя его в другой участок цеха, на лучшее рабочее место. Наряду с этим перевести больного на работу из другого материала, не имеющего специфических вредностей меди. Больной был устроен на физически легкую работу по заготовке небольших фильтров из железа и жести для компрессоров; кроме того больному дан подручный для работы; в редких случаях пайки она выполняется другими. Больной чрезвычайно доволен своим переводом, шутя (как он говорит) справляется с новой работой; материально также не пострадал — основной заработок даже несколько выше прежнего.

3. Г-й, 20 лет, смазчик трансмиссий 1-го часового завода, 17 лет, весной 1931 г. был доставлен в карете скорой помощи по поводу сильного легочного кровотечения в больницу и переправлен в Тубинститут, где обнаружены ВК и каверна в верхнем поле левого легкого; наложен искусственный пневмоторакс. За время почти $\frac{1}{2}$ -годового пребывания в ин-те—повторные кровохаркания, спонтанный пневмоторакс. Палочки в мокроте исчезли в VIII. 31 г. С XII. 1931 г. систематически поддувается в диспансере. Летом 1932 г. после кровохаркания обнаружен процесс в правом легком, каверна, палочки Коха в мокроте. Искусственный пневмоторакс не удалось наложить. После френикотомии в IX. 1932 г. палочки в мокроте исчезли только спустя $\frac{1}{2}$ года, в IV. 1933 г. Осенью 33 г. в течение 3 мес. в санатории „Прозоровка“, где продолжал поддуваться и работал в слесарных мастерских санатория. На рентгене (снимок) IV. 34 г.—справа в верхней половине легочного поля мелкие фиброзно-продуктивные очаги и уплотненная соединительная ткань; слева неполный искусствен. пневмоторакс; т-ра—норма, вес устойчив, реак. осажд. эритроц.—8; поддувания 1 р. в 14 дней, 400 куб. см., заканчивается при отрицательном давлении. У больного хорошее самочувствие, но заметная одышка.

Г-кий окончил семилетку и в течение $\frac{1}{2}$ года был на производственной практике в автотехникуме. Тяжелый двухсторонний туберкулез почти на 2 года оторвал больного от работы. В 1932 г. больной переходит на временную инвалидность II группы и за это время оканчивает чертежные курсы Московского Собеса.

В начале 1933 г. он возвращается к работе и поступает на 1-й часовой завод в качестве чернорабочего, смазчиком трансмиссий. Работать приходится во всех цехах; работа смазчика связана с лазаньем по лестницам, требует быстрых движений, производится в самых разнообразных и неудобных позах. Особенно тяжело во время обеденного перерыва, когда нужно, воспользовавшись остановкой мотора, быстро смазать большое число трансмиссий. У больного порядочная одышка; работа сильно утомляет и тяготит больного; при том низко оплачивается, по II разряду—90 рублей.

Профкабинет диспансера, куда Г-кий был направлен для профконсультации в июне 1933 г., рекомендовал ему перейти на работу по специальности. Для трудоустройства больного понадобилось несколько посещений завода врачом профкабинета и сестрой соц. помощи. По договоренности с завкомом и цехадминистрацией, больной по возвращении из санатория был устроен на работу чертежника, но для самостоятельной работы оказался неподготовленным. Поэтому цехадминистрация перевела больного на работу в инструментальный цех, где под руководством цехового мастера он стал обучаться слесарной работе. После 4 мес. обучения в цеху больной приступил к самостоятельной работе механического слесаря. Работа заключается в ремонте небольших станков, предназначенных для обработки деталей для часов. Больной работает с интересом, легко справляется с работой, рассчитывает повысить свою квалификацию, обучившись работе на токарном станке. Санитарная обстановка труда в инструментальном цеху вполне удовлетворительная.

За время учебы в цеху больной получал прежний заработок смазчика. В настоящее время больной работает ремонтно-механическим слесарем IV разряда, заработок 150 рублей.

В данном случае больного с тяжелым деструктивным двусторонним процессом, ликвидированным только спустя 2 года, работал на явно неподходящей и предъявляющей к больному непосильные требования работе чернорабочего. При этом не использовалась ни образовательная подготовка больного, ни его специальные знания чертежника. Переквалификация больного на работу механического слесаря создала для него вполне благоприятные условия работы, соответствующие его пониженной трудоспособности, и облегчило возможность дальнейшего повышения квалификации.

Случай интересен также в том отношении, что переквалификации больного была проведена на том же производстве, в условиях цеха, под руководством цехового мастера, не прибегая к переводу больного на инвалидность и посылке больного на специальные курсы, что значительно осложнило бы все дело и травмировало больного. Это указывает на то, что в известных случаях переквалификация туб. больных на самом производстве—реальная вещь.

4. Е. 27 лет, шофер. С осени 1932 г. кашель, ночные поты, слабость. В течение $\frac{1}{2}$ года амбулаторное лечение. В IV. 1933 г. в диспансере в мокроте обнаружены туберкулезные палочки и эл. вол. На рентгене левосторонний мелкоочаговый процесс.

После наложения искусственного пневмоторакса палочки исчезли спустя $\frac{1}{2}$ года, вес устойчив, т-ра—норма, реак. осажд. эритроцитов 4—15. Хорошее самочувствие. Перед выпиской на работу больной был направлен леч. врачом в проф. кабинет диспансера.

Наемный труд больной начал с 8 лет, в качестве пастуха, общественного стада; с 13 лет до 22-х лет работал батраком у крестьян, в тяжелых условиях; 3 года в Красной армии. По возвращении оканчивает 6-мес. курсы шоферов и последние 2 года работает шофером на грузовой машине. Работать приходится на тяжелой аварийной машине, 10 тонке, т. наз. „тягаче“. Управление такой машиной, „выжимание конуса“ представляет само по себе тяжелую физическую работу. Работа по преимуществу ночная и очень напряженная. Рабочий день не нормирован; в течение месяца больной сверх нормы отработал 120 рабочих часов.

Профессия шофера, в особенности на легковой машине или небольшой грузовой машине, одно из наиболее подходящих для туб. больных (пребывание на воздухе, возможность отдыха на стоянках, сравнительно хорошая оплата). В данном случае при одностороннем очаговом процессе и эффективном искусственном пневмотораксе (отсутствие туберкулезных палочек), больной вполне трудоспособен в своей профессии шофера. Но принимая во внимание специфические условия труда на тяжелой аварийной машине, больного необходимо было перевести на легковую машину.

По нашему совету больной устроился на работу на легкой грузовой машине $1\frac{1}{2}$ тон. и затем перешел на легковую машину. В течение всего последующего года полная трудоспособность, ни одного б/л., регулярно поддувание, хорошее самочувствие.

Приведенные случаи говорят о том, что на производстве имеется много неиспользованных возможностей для улучшения условий труда и трудоустройства туб. больных.

В результате работы с бацилларными больными были улучшены условия труда и трудоустроено 17 рабочих бацилловыделителей.

Так, 6 рабочих были переведены с ночной смены на дневную—из них 4 с односторонним искусственным пневмотораксом; изолировщица-печатница М-ва, придищица С-ва, слесарь К-н, электромонтер С-ов и др. 5 больных освобождены от дополнительной тяжелой физической работы, не связанной с основной работой—вагоновожатый С-ов, кожегар Л-ов, столяр К-ов, уборщик приемщик литья А-н. 3-е больных были переведены в облегченные условия труда в прежней профессии: так, вагоновожатый переведен с работы на центральной, сильно загруженной трамвайной линии, на спокойную, пригородную линию; шофер Е-ко переведен с тяжелой машины на легкую и др. 5 больных были переведены на другую работу, 1 переквалифицирован.

Кроме рабочих бацилловыделителей, продолжающих работать на производстве, нами обследована большая группа туб. инвалидов, состоящих на учете 5 диспансера. Из 206 обследованных инвалидов 75% (154 чел.) не работали. В своем подавляющем большинстве (80%) это были тяжелые туберкулезные больные с обширным кавернозным процессом, окончательно утратившие трудоспособность; часть их находилась в больницах или лежала на дому; за время обследования (7 мес.) умерли из них 15 чел.

Остальные 20% не работавших сохранили ограниченную трудоспособность. Своевременное трудоустройство этой группы инвалидов могло бы часть их сохранить на производстве. 25% инвалидов—52 чел. работало на различных предприятиях, в т. числе 5 в инвалидных артелях. 16 из них нуждались в том или другом трудоустройстве. 5 инвалидов удалось устроить в лучшие условия труда.

Так, О-ва, инвалид II гр., бацилларная больная с неэффективным искусственным пневмотораксом и субфебрильной температурой (туберкулезные палочки, эл.

вол +) была переведена с работы кондуктора трамвая, с которой она явно не справлялась—на легкую работу в бригаде—по проверке трамвайной выручки. В другом случае больной К-н, 27 лет, инвалид II гр., работал в инвалидной артели на административной работе, в качестве зав. личным составом. Работа связана с необходимостью постоянных разговоров с инвалидной массой, частыми конфликтами, очень травмирующими психику больного. Рабочий день не нормирован. У больного с 1930 г. в мокроте туберкулезные палочки, эл. вол +; искусственный пневм. не удалось наложить. Периодически санаторное лечение. В остальное время больной трудоспособен, и кроме производственной работы ведет в качестве секретаря комсомольской ячейки, партийную и общественную работу; партучеба в райком-вузе. Выполняемая больным работа сильно утомляет его, и совершенно не интересует, очень хотел бы перейти на какую-либо работу на производстве. По договоренности с цехадминистрацией больной был переведен в деревообделочный цех на легкую столярную работу по распилке (механизированная) и обточке небольших брусков для лагерных палаток. С новой работой больной хорошо справляется; материально не пострадал, т. к. остался прежний заработок. Самочувствие заметно улучшилось.

Трудоустройство туб. больных, улучшение и оздоровление условий их труда является важным участком профилактической работы тубдиспансера. Наряду с ранним выявлением и правильным лечением и оздоровлением бытовых условий туб. больных, правильное и своевременное трудоустройство имеет большое значение для профилактики ранней инвалидности и тяжелых инвалидизирующих форм тбк. Диспансеры, загруженные большой повседневной лечебной работой, все еще не уделяют должного внимания этому важному участку своей работы; между тем в условиях новых и реконструированных заводов первой пятилетки, механизации труда, благоприятных санитарно-гигиенических условий труда практические возможности рационального трудоустройства и рационального использования неполной трудоспособности туб. больных чрезвычайно расширяются. Необходимо, чтобы диспансерные врачи, наряду с вопросами клинического состояния больного и лечебно-профилактической помощи, поинтересовались также и вопросом производственной жизни больного—его профессией, условиями труда, выполнением плана, заработком, трудностями в работе для больного и с помощью цехадминистрации, цехового врача и нередко самого больного проводили планомерную работу по оздоровлению условий труда и трудоустройству туб. больных.
