

колхоза проработать вопрос организации дет. спец. изолятора для помещения ребят с грибковыми заболеваниями с одновременным лечением их там же. Правда, в виду необорудованности в г. Ош рентгена, лечение будет затруднено, но все-же ребенок может подлечиться и в то-же время разгрузить мать, что особенно важно в период окучечной и уборочной кампаний. Всего детей дошкольного возраста в колхозе 342 ч.

Заключение. 1) Необходимо закрепить начатую работу Здравпункта путем укомплектования постоянным врачом (сейчас имеется лекпом и акушерка).

2) Просить Райздрав через Наркомздрав немедленно прислать врача, хорошо подготовленного и общественника.

3) Необходимо закрепить созданную сеть санитарных постов, превратив их в постоянные сан. бригады. Бригада является исполнителем всех поручений здравпункта и проводит все сан.-профмероприятия на местах работы в кишлаке и в быту.

4. Считать чрезвычайно ценным метод приближения работы здравпункта непосредственно к бригаде, дающую большую экономию рабочего времени; так, по грубому подсчету, благодаря работе на поле, мед. бригады сохранено 423 трудодня по общим заболеваниям и 315 трудодней по травматизму (63 ч. \times 5 д. = 315 т.-д.), а всего 738 трудодней, что играет огромную роль в вопросе выполнения производственного плана колхоза (колхоз план выполнил по севу на 100% к сроку).

5) Укрепить работу Здравпункта путем создания здравячейки из активистов-колхозников.

6) Имеется настоятельная необходимость организовать на полях общественное питание, что снизит желудочно-кишечные заболевания.

7) Снабдить в предстоящую окучечную и хлопкоуборочную кампании бригады обязательно кипяченой водой.

В заключение считаю своим долгом выразить благодарность зам. пред. колхоза тов. Саримсакову и зам. пред. с/совета кишлака „Нариман“ Исмаилову за всемерную поддержку и содействие в работе Здравпункта.

Из клиники профзаболеваний Казанского мединститута (Директор профессор З. И. Малкин) и из Обкомсоцстраха Т.Р.

Вопросы экспертизы трудоспособности в практической работе врача.

(Доложено 6-го апреля 1932 г. на клинической конференцим клиники профзаболеваний).

Ассистента В. А. Садовского.

Врачебная экспертиза свое начало имеет в далеком прошлом. Проф. Шибков относит его ко времени возникновения судебной медицины, а именно для Зап. Европы к 1532 году, когда был издан устав Карла V (т. наз. Cardina), а для России к 1716 г., когда был издан военный устав (артикул 154) (при Петре I). В далеком прошлом (около 200 лет

тому назад) возникает в Зап. Европе практика страховой экспертизы сначала в интересах частного и добровольного, а затем и обязательного страхования. С 80-х годов прошлого столетия соц.-страховое законодательство в Зап. Европе создает условия для развития врачебно-страховой экспертизы, накопленный материал экспертизы обобщается, производится научная проработка вопросов экспертизы (учение о трудоспособности, ее потере и проч.).

В России врачебная экспертиза в самом начале относится к узкому кругу случаев области военных и гражданских законов и сосредотачивается в ведении судебных медиков. С изданием закона 2 го июня 1903 года об ответственности предпринимателей за увечье рабочих возникает практика страховой экспертизы. Экспертиза проводится по установленным законом правилам. Однако специального, учрежденного законом, органа экспертизы не существует. Ее выполняют фабричные врачи, страховые врачи вольных страховых обществ, приглашаемые клиентами врачи земские, городские, вольнопрактикующие, врачи, приглашаемые судебными инстанциями, куда передавались на решение дела об увечьях, наконец, организованные в порядке частной инициативы бюро экспертизы. Таким образом, „экспертиза в отношении ее организации находилась в хаотическом состоянии“ (Вигдорчик). Не высока она была и качественно. Никакой преемственности с дореволюционной и западно-европейской экспертизой, функционирующей в условиях капиталистических государств, не имеет наша советская врачебно-трудовая экспертиза, вызванная к жизни Октябрьской революцией.

Величайшим приобретением Октябрьской революции является законодательство о труде, социальном обеспечении и социальном страховании. Проведение в жизнь этого нового небывалого законодательства вызвало потребность в новой социалистической экспертизе, принципиально отличной от экспертизы, созданной в капиталистических условиях. Особенности нашего законодательства определили особенности нашей врачебной экспертизы. Наше социальное страхование отличается небывалыми широтой и полнотой, так как охватывает всю массу трудящихся и все виды страхования. Соответственно сразу же возникает потребность обслуживания экспертизой больших масс, а следовательно потребность в экспертной работе громадного числа врачей, экспертиза в общем становится делом и обязанностью каждого советского врача. Дальнейшее развитие соц.-страхового законодательства соответственно влияет на дальнейшее развитие и врач-трудовой экспертизы в виду неразрывной ее связи с требованиями жизни, с требованиями социалистического строительства. Без соблюдения интересов социалистического строительства правильной экспертизы не может быть. Это так же одна из основных особенностей нашей врач-трудовой экспертизы.

В настоящее время социальное страхование должно рассматриваться „как важнейший фактор улучшения быта, материального и культурного положения рабочего класса“ (Пост. ЦК ВКП(б) 1929 года) и „одним из важнейших условий выполнения планов социалистического строительства“ (Вопр. Стр., №№ 5—6, 32 г. Из приветствия Цусстраху Президиума ВЦСПС). Выполнение этой задачи лежит не только на каждом отдельном органе соцстраха, на каждом работнике по соцстраху, но, в силу неразрывной связи врачебно-трудовой экспертизы с соцстрахо-

вым законодательством, на каждом практическом враче. Практический врач на каждом этапе своей деятельности стоит перед обязанностью давать заключение, имеющее отношение к соцстраху, а „заключение врача“ по определению авторов, есть экспертиза. Так. образом практический врач является экспертом во всех случаях своей работы. На лечебной работе он экспертирует трудоспособность, на профилактической экспертирует по вопросам санкурлечения, пребывания в домах отдыха, участия в рабочем туризме, в работе по диетпитанию, дает заключение о показаниях и т. д. и т. п. Такой характер деятельности принципиально отличает советского врача от врача дореволюционного времени. Советский врач общественник, профилактик, но он еще в то же время и эксперт. Обслуживая трудящегося, он имеет в лице его не просто индивидуального больного, а члена социалистического коллектива, рабочую единицу, с которой связаны интересы государства. Поэтому, обслуживая больного, советский врач должен в то же время обслужить интересы социального порядка, произвести экспертизу. Определяя диагноз он должен в то же время определить, в какой мере болезнь препятствует больному выполнять работу на производстве, при назначении больному лечения учитывать требование о скорейшем возвращении его к труду, индивидуальную профилактику увязывать с социальной.

Насколько существенно важна эта сторона деятельности врача, явствует из того, что от этой деятельности зависит правильное расходование громадных сумм Соцстраха, а также сохранение рабочей силы на производстве, что в свою очередь не может не влиять на выполнение промфинплана. По ТР, напр., экспертирующий врач фактически становится распорядителем таких кредитов Соцстраха, на 1932-й г. расходы Соцстраха по вр. нетрудоспособности предполагаются в сумме 2.137,6 тыс. руб., с отраслевыми кассами 2.982,0 тыс. руб., по пенсионированию 2.971,9 т. р., с отраслевыми 2.98,20, по профилактике, 2.992,8 тыс. р., с отраслевыми 3.682,4 тыс. р. и т. д. Недочеты экспертной работы по определению трудоспособности прежде всего отразятся на расходах соцстраха. Так, д-р Попов (из Цусстраха) на I-м Всесоюзном совещании по экспертизе инвалидности в 1928 г. сообщил, что один неправильно предоставленный лечврачем день освобождения должен составить по СССР расход Соцстраха в 300 тыс. руб. при средней зарплате того времени. Так же болезненно недочеты экспертизы трудоспособности должны влиять на производство, если принять во внимание колоссальные цифры общего числа дней врем. нетрудоспособности. Так, из приведенных в „Вопр. Соцстрахования“ за 32 г. материалов видно, что в 1929 г. производство потеряло по вр. нетрудоспособности 143 миллиона человеко-дней, в 1930 г. 160 миллионов. Недополучено продукции по одному Ленинграду за 1930-й год на 117 миллионов рублей, вследствие прогулов по болезни.

Область экспертной работы непрерывно расширяется. С ростом количества застрахованных экспертиза растет количественно, а с ростом социалистического сектора села, она расширяется территориально и уже приближена к массам от центра к участку. Разрешение таких сложных вопросов, как экспертиза инвалидности, становится делом врача участка. Относительно разнообразия видов экспертизы отчасти отмечено выше.

Сложность и ответственность экспертной работы требуют от врача достаточной подготовки к такого рода работе, особенно в области наиболее важного и преобладающего вида экспертизы трудоспособности. Это подчеркивается и в положениях о врачебном контроле, в которых мы всегда находим требования об инструктаже леврачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности старшими врачами лечучреждений и здравотделами, а также требование о консультативной работе в лечучреждениях врачебно-контрольных комиссий.

Законом 4-го марта 1927 года дело освобождения от работы по временной нетрудоспособности всецело возложено на леврача. Последний новейший закон о врачебно-трудовых экспертных комиссиях от 25 августа 1931 года на лечебно-профилактические учреждения также возлагает обязанности направлять в ВТЭК свои заключения относительно причин и степени утраты трудоспособности находящихся у них на излечении лиц, а также относительно пригодности последних к определенному виду труда" (пункт 3 положения о ВТЭК). Таким образом закон требует от практического врача быть в курсе дела экспертизы как временной, так и стойкой нетрудоспособности. А быть в курсе дела экспертизы без достаточного уяснения сущности экспертизы и знакомства с законодательством по временной нетрудоспособности и по инвалидности невозможно. С изучения законодательства должна начинаться подготовка врача к экспертной работе.

Особенность нашего законодательства по временной нетрудоспособности (в отличие от зап.-европейского страхования), как известно, заключается в том, что обеспечение больного по болезни производится с первого дня болезни до восстановления трудоспособности. Таким образом, каких-либо определенных сроков освобождения по болезни закон не устанавливает. Дело леврача предоставлять освобождение от работы на все время болезни и определять момент восстановления трудоспособности или наступления стойкой утраты трудоспособности. Что касается порядка освобождения от работы, то он определяется согласованной с Цусстрахом инструкцией НКЗ-ва (от 23/IV 1929 г. № 151). По инструкции леврач может единолично предоставлять отпуск по болезни на срок до 15 дней (за 1 раз не свыше 7 дней), в дальнейшем отпуск предоставляется комиссионным порядком (совместно со старшим врачом лечучреждения или заместителем).

Сущность экспертизы временной нетрудоспособности до самого последнего времени заключалась в том, что врач должен был решить,— может больной при данном заболевании выполнять свою профработу или не может. Если врач устанавливал, что больной свою работу выполнять не может, то больной получал от него полное освобождение от работы, т. е. на время болезни приравнивался как бы к полному инвалиду. Последний новый закон (от 11 февраля 1932 г. № 1341 (60) устанавливает изменение во взглядах на временную нетрудоспособность, вводя понятие частичной временной утраты трудоспособности, и требование перевода лиц с частичной временной нетрудоспособностью на другую работу. Таким образом, теперь экспертирующий врач должен решить, имеется ли временная нетрудоспособность и, если имеется, определить ее размеры и указать на какой другой работе может быть использована без вреда

для лечения и здоровья лица с неполной временной нетрудоспособностью, если оно будет длиться сроком до месяца, если же длительность ее предполагается свыше месяца, направлять больного во врачебно-контрольную комиссию. В экспертизу временной нетрудоспособности, таким образом, вводятся элементы профотбора. В этом отношении она сближается с экспертизой инвалидности общим принципом профотбора.

Экспертиза инвалидности наиболее сложный и трудный вид экспертизы и выполняется врачебно-трудовыми экспертными комиссиями.

Классификация инвалидности в нашем законодательстве с 1918 года претерпела ряд изменений. Положение о социальном обеспечении 1918 г. различает пять групп инвалидности: 1-я группа—полные инвалиды, нуждающиеся в постороннем уходе. 2-я—полные инвалиды с утратой трудоспособности свыше 60%, 3-я—инвалиды, способные лишь к легкому труду с утратой трудоспособности от 45 до 60%, 4-я—от 30 до 44%, 5-я—от 15—29%.

Закон 1921 г. процентное исчисление утраты трудоспособности заменяет групповой классификацией, устанавливая шесть групп.

Закон 1925 года для профессиональной инвалидности и по увечью и трех низших групп, а закон 1928 г. 4-х низших групп устанавливает характеристику в % утери заработка—3-я группа свыше 50%, 4-я—от 30 до 45%, 5-я от 15 до 30%, 6-я—не более 15%.

Вопросы классификации инвалидности явились предметом обсуждения на I-м Всесоюзном совещании по экспертизе инвалидности в гор. Харькове в 1928 году. Процентное измерение инвалидности Совещанием было отвергнуто. В отношении числа групп были предложения об увеличении их и об уменьшении до 4—3 групп.

Социалистическое строительство вопрос о классификации инвалидности разрешило совершенно с иной точки зрения. Оно поставило перед Соцстрахом новые задачи в области обслуживания инвалида, а именно—задачу труд-устройства инвалидов, вовлечение их в производство. О постановке работы по трудовому устройству инвалидов еще на I-м Всесоюзном совещании страховых врачей в декабре 1929 года в гор. Москве состоялся доклад доктора Шрейберга и принята детальная резолюция (резолюции Совещания изданы Цусстрахом) о необходимости рационального использования остаточного труда инвалидов и о способах втягивания инвалидов в трудовые процессы. Принципиальную установку соцстраха в вопросе трудоустройства мы имеем в речи тов. Подвойского (Вопр стр., 31 г.). Тов. Подвойский говорит, что самое название „пенсионер“ является пережитком старого времени. Инвалид должен быть поставлен теперь в такие условия, чтобы не чувствовал себя выброшенным за борт жизни, а оставался бы полезным членом социалистического общества, продолжая трудовую жизнь. О необходимости вовлечения в трудовую жизнь инвалидов говорит д-р Пахомычев в своей статье: „Профессиональная консультация при врачебной экспертизе“, отмечая огромное влияние труда на личность, на психику человека, указывая, что отсутствие полезной деятельности разлагает личность и самое признание человека неспособным к труду является для него и для общества большим моральным испытанием. Известна определенная тяга инвалидов к труду. И инвалид может найти применение к своим силам часто при условиях, казалось бы совершенно невозможных. Так, нужно

указывать на использование труда слепых. Проф. Вигдорчик, д-р Пахомычев указывают на работу германских попечительских обществ по использованию труда увечников в самых разнообразных направлениях. Благодаря специальному протезированию, приспособлению механических станков и т. д. в мастерских попечительств безрукие стругают, пилят, полируют, работают на токарном и др. станках, даже на пишущей машинке и т. д. С другой стороны, вовлечение инвалидов в трудовую жизнь вызывается недостатком на производстве квалифицированной рабочей силы. В инвалидной массе производство имеет значительный по размерам источник рабочей силы. Число инвалидов Соцстраха по контрольным цифрам на 1931 г. составляет 767 тыс., из них около 40% третьей группы или 360 тыс. человек (К. Василевич, Вопр. стр., № 13 за 1931 г.). Между тем жизнь показывает, применение своим силам в труде находят не только инвалиды III гр., но и II-й.

Отмечая недостаток рабочей силы на производстве, пр.-доцент Центрального Института труда инвалидов д-р Барышников в статье „Критика современных классификаций инвалидности“ (№ 5 „Вопр. труда“ 31 г.) говорит: „в будущем мы должны быть готовы к замене социально-страхового обеспечения социалистическим обеспечением в формах трудоустройства“. А в связи с этим „истинно рациональная экспертиза инвалидности должна осуществляться лишь в плоскости профотбора и профконсультации инвалидов применительно к целям трудоустройства. Таким образом в недалеком будущем определение профессиональной пригодности инвалида на основании данных физиологии труда и психотехники должно заменить применяющееся до сих пор шаблонное и мало рациональное разделение инвалидов на всем известные шесть групп“.

Практика профотбора инвалидов при поступлении их на работу, показывает, что инвалид, находя труд, соответственный его силам, выполняет работу без ущерба для здоровья, другими словами, инвалидная масса, вовлеченная в производство при условиях указанного профотбора, не дает и повышенной заболеваемости. Мною произведена разработка материалов заболеваемости впервые в инвалидных артелях Таткоопинкасы за два квартала (IV-й—31 г. и I-й—32 года) и найдено, что заболеваемость в артелях на сто застрахованных в общем не превышает контрольных цифр и в сущности почти не отличается от заболеваемости промышленных рабочих.

Мы имеем следующие цифры, напр., для казанских городских артелей инвалидов.

Заболеваемость на 100 застр. Коопинкасы.

	За 1931 г.		За 1932 г.	
	IV кв.	I-й кв.	IV кв.	I-й кв.
	Числ. случаев	Число дней вр. нетруд.		
По всем артелям г. Казани по отдельн. предприятиям	23,86	31,28	258, 0	260,99
1) Иншвейпром	35,71	54,75	318, 0	527, 6
2) Инпром (конд- пр-во)	24,32	47,3	204, 0	308,48
3) Кзыл-Юл (кожев. сапож.)	29,94	16,92	416,76	126, 1
4) ИРК (жест., щеточн., коломаз., мягк. тары и пр.)	12,24	28,65	147,61	218, 8
5) Инкюск (торг. кооперац.	16,97	13,74	202,95	142,65
По артелям всей ТР	8,92	11,28	108,96	110,57

Но эти последние цифры не точны, т. к. по ряду артелей районов сведений не поступило.

Что касается характера заболеваний, то особенного отражения инвалидности в полученных цифрах числа случаев и числа дней вр. нетрудоспособности по формам болезней мы не имеем. Преимущественной формой заболеваний как и у промышленных рабочих являются хирургические травмы, заболевания кожи и подкожной клетчатки (обычно, связанные с мелкими, часто незаметными травмами). Далее идут простудные заболевания, особенно в артелях районов и уже потом такие заболевания, которые м. б. являются основной причиной, вызвавшей инвалидность, как туберкулез, болезни нервной системы. Таким образом, заболеваемость инвалидов на производстве в значительной мере обуславливается внешними причинами, обстановкой труда, оставляющей в артелях желать много лучшего и т. п.

Последнее положение о врач. трудовых экспертных комиссиях (ВТЭК) от 25 августа 1931 г. № 919 устанавливает три группы инвалидности, которые характеризуются так: I-я гр.—лица, полностью утратившие трудоспособность и нуждающиеся постоянно в постороннем уходе, II гр.—лица, полностью утратившие трудоспособность к профтуду, III гр. а) лица неспособные к систематическому профтуду в обычных условиях производства, могущие работать в облегченных условиях, б) лица, способные к труду в другой профессии в облегченных условиях со значительным снижением квалификации. Во всех остальных случаях группа инвалидности не устанавливается, ВТЭК определяет частичную утрату трудоспособности и решает вопрос о пригодности рабочего к определенному виду труда. Таким образом закон решает вопрос о классификации инвалидности в смысле профотбора, этим определяет сущность экспертизы. От „шаблонного“ распределения инвалидов на 6 групп, удобного для экспертов, по выражению д-ра Барышникова, экспертиза должна перейти к новым формам работы и осуществляться на научных основаниях по профотбору и профконсультации. Как видно из предисловия к брошюре Вольфковича „Профконсультация и профотбор при заболеваниях верхних дыхательных путей“ Центральная лаборатория по консультации и профотбору при Гос. научном институте охраны труда НКТ, НКЗ и ВСНХ СССР ставит своей задачей осветить все основные практические вопросы медицинской профконсультации и медицинского профотбора под углом зрения отдельных клинических специальностей. В этом имеется прямая практическая необходимость.

Следующим условием подготовленности врача к экспертной работе является знакомство с методикой экспертизы, которая по существу в основном одинакова как при инвалидности, так и при временной нетрудоспособности.

Экспертизу, как мыслительный процесс, проф. Вигдорчик расчленяет на 4 стадии: 1-я медицинский диагноз, 2-я—технический диагноз, выяснение характера профессиональной деятельности исследуемого лица, 3-я—сопоставление медицинского и технического диагнозов и выявление соответствия исследуемого по состоянию его организма требованиям его профессии, 4-я—формулировка результатов. I-е Всесоюзное совещание по экспертизе инвалидности (в г. Харькове 1928 г.) указывает при производстве экспертизы исследование производить в направлении 3-х профилей—1) медицинском, 2) производственно-профессиональном и 3) социально-бытовом. Выяснение указанных трех профилей дает возмож-

ность изучить личность исследуемого в целом и осуществить не только в медицинском, но и в производственно-профессиональном и классовом отношениях правильную экспертизу.

К медицинскому исследованию при экспертизе предъявляется требование о возможно большей систематичности, точности и полноте его с использованием всех объективных методов (Рентгена, лабораторных исследований). Субъективные жалобы должны приниматься с учетом возможной симуляции и аггравации. По отчетным данным за 1925 г. в Москве симуляция отмечается в 1,9% случаев, а с аггравацией 7,4% на Кавказе около 4%. Эксперт должен быть достаточно знаком с методами распознавания симуляции. Однако, нередко едва ли не более важным является просто необходимость недоверчивого отношения к субъективным жалобам исследуемого и необходимость помнить о возможности симуляции.

Так, в практике Казанской врач. контр. комиссии отмечен случай, когда опытный хирург предоставлял отпуска по ушибу тыла кисти руки лицу, имевшему на самом деле костную мозоль после ранее бывшего перелома пястной кости, по поводу которого он ранее и был в ВКК.

Другой случай попытки получить отпуск путем симуляции. Больной Х. (акт ВКК 25/ХП 30 г. № 3944), плотник: анамнез: (дословно по акту). „В 1929 г. на работе товарищ порубил (вечаянно) правое колено. „Объективно“: Рубец в области правого коленного сустава, движения в суставе не ограничены. Небольшой хруст. Сердце и легкие Н. Диагноз ВКК: Старый окрепший рубец в обл. правого коленн. сустава. Аггравация. Постановление: „трудоспособен“.

Больной В. 29 лет, грузчик, 15 дней на б/л, вследствие болей в левой стопе. В 1914 г. ушиб левую ногу. В 28 году появилась боль в левой стопе. Жалуются на боли в левой стопе. Сделан рентген. Снимок. Изменений нет. Здоров. Трудоспособен (Акт. ВКК № 3928).

Нередко границы между симуляцией и аггравацией провести трудно.

В Казанской ВКК имел место в 1929 г. следующий случай. Больной П., сезонник-плотник. После нескольких дней работы месяц на б/л вследствие ишиаса. ВКК направлен на работу, через один день работы поступил на лечение в нервную клинику, пролежал 1½ мес., выписан с заключением о нуждаемости в 10-дневном отпуске и курлечении. В ВКК заявил, что ранее направлен был на работу неправомерно, работать теперь не может, отправьте на курорт. Из 5-ти месячного сезона половина ушла на болезнь, 2-я должна пойти на курлечение. Условия профессии (работа на открытом воздухе, тяжелое физическое напряжение (подъем бревен и проч.) для ишиаса неблагоприятны. Постановление ВКК: назначенный лечащим врачом отпуск (10 дней) предоставить, направить на курортную комиссию и направить на пенсию (3 гр. случайный труд). Бурный протест 6-го по поводу перевода на пенсию. Через 10 дней (по окончании отпуска) явился в ВКК с просьбой переосвидетельствовать. Заявил, что во время отпуска не лечился, ежедневно делал переходы по 15 верст пешком, болей не было и нет, хочет работать. Выписан на работу. Больничных листов в кассу от него более не поступало.

Наиболее часты на практике случаи аггравации. Однако, в некоторых случаях она носит характер как бы естественной защитной реакции.

Так, в ВКК в лечучреждении опытным врачом лично представлена больная Ив., 45 лет, с диагнозом „ахилия желудка“ и с подозрением на симуляцию, т. е. часто является к врачу за отпуском. При случайной встрече с врачом в обыденной обстановке „бодрый вид быстро сменила на вид больной женщины“. В ВКК заявляет, что работа легкая—наблюдать по градуснику температуру,—но и ее выполнить нет сил. Общала адинамия. Выясняется, что 3 года назад оперирована по поводу рака матки. Направлена на обследование в гинекологич. клинику. Реликвида нет. Через 1½ мес. вновь пришла в ВКК, направлена на пенсию с диагнозом—миокардит, ахилия, резкий упадок питания.

Встречаются случаи диссимуляции. Особенно в группе пожилых больных, далее среди туберкулезных больных, работающих в пищевой промышленности.

Следующей особенностью медицинского исследования при экспертизе является необходимость выяснения функционального диагноза, часто не совпадающего с патолого-анатомическими изменениями органов. В случаях более сложных возникает необходимость в помещении исследуемого в стационар для использования методов функциональной диагностики.

Вторая стадия экспертизы—установление технического диагноза или выявление производственно-профессионального профиля, предъявляет эксперту требование достаточного знакомства с производством, характером производственных процессов, условиями труда на производстве, с физиологией труда, профгигиеной. Подготовка в этой области достигается путем непосредственного изучения производства. Разъяснения самого больного о характере выполняемой работы играют весьма небольшую роль. В комиссионной экспертизе может потребоваться помощь технических экспертов. Детальное выяснение выполняемых больным обязанностей безусловно необходимо. Так, у нас врач. страховым контролем в одном случае было выявлено предоставление 3-хдневного отпуска вследствие раны пальца руки рабочему-столяру, который фактически находился на хозяйственно-административной работе, отпуском не воспользовался, т. к. работе рана пальца не мешала. При экспертизе должны быть учтены интересы производства.

Выяснение стажа, квалификации необходимо для правильного вывода. Так, отмечено, что, напр., травматизм чаще всего наблюдается у молодых, менее квалифицированных кадров. Среди них легче натолкнуться на несознательных, проявляющих стремление получить необоснованный отпуск и т. д.

Выяснение социально-бытового профиля также обуславливает правильность дальнейшего заключения о состоянии трудоспособности, видах лечения (стационарное, амбулаторное и т. д.), что не может не влиять на длительность нетрудоспособности, а следовательно на длительность отрыва от производства.

В Врач. контр. комиссию в лечучреждении лечврачем был представлен больной Б. (Акт ВКК № 478), 52 лет, печник, со стажем всего 5 мес., нечлен союза, ранее занимался крестьянством. По диагнозу лечврача—„декомпенсация сердца“ пользуется освобождением от работы 38 дней. За это время сделал 11 посещений амбулатории больницы. Выясняется, что больной живет от амбулатории б-цы в расстоянии 5—7 верст, что не было учтено лечврачем. Без сомнения столь частые, утомительные переходы не могли благоприятствовать лечению и восстановлению трудоспособности. И едва ли больной мог бы эти переходы совершать, если бы у него действительно имелась декомпенсация сердца. Диагноз лечврача, молодого и еще малоопытного и на самом деле оказался ошибочным. У Б. оказались изменения возрастного характера: кардиосклероз средней степени, эмфизема легких, артериосклероз. Б., ранее занимавшийся крестьянством, не имел необходимой рабочей закалки и потому на производстве испытывал трудности. Пошел по линии освобождения от работы по болезни.

То же отсутствие рабочей закалки у больного К. (Акт ВКК № 570), 46 лет, чернорабочий фермы, нечлен союза, в прошлом частник—ломовой извозчик, рабочий стаж 7 месяцев. За время своей короткой работы 137 дней на б/листке. Диагноз—слипчивый плеврит, правосторонняя паховая грыжа (5 лет), spina bifida occulta, невралгия левого седалищного нерва. Направлен на работу.

Число аналогичных случаев из практики ВКК можно было бы увеличить.

Основной принцип советской медицины—профилактика,—должен иметь в экспертизе свое полное отражение. Определение вида профтруда, соответствующего трудоспособности организма, сохранит его от преждевременной изношенности и сохранит для государства рабсилу. Наконец, экспертная работа должна быть увязана с вопросом изучения заболеваемости. Знакомство эксперта с характером движения заболеваемости ориентирует его в вопросе трудоспособности и взаимно экспертиза содействует выявлению причин заболеваемости. Для примера можно указать, что из данных заболеваемости эксперт может подчеркнуть среднюю продолжительность случаев при отдельных формах заболеваний, учесть профессиональный вредный момент и т. д. С другой стороны, выявление экспертом причины заболевания будет содействовать снижению заболеваемости, путем своевременного устранения вредного момента. Так, д-р Цимхес обратил внимание на частоту ожогов предплечья у пекарей. Ожоги получались при закрывании выюшек. Предложено было снабдить пекарей рукавицами до локтя и ожоги исчезли.

Увязка экспертизы с вопросами заболеваемости необходима и с точки зрения стоящей перед экспертом задачи производить травматологическую экспертизу и экспертизу профессиональных заболеваний, что, однако, не исключает необходимости изучения отдела травматологии и знакомства со списком профболезней. Чем полнее и точнее проделана работа в первых стадиях экспертизы, тем легче разрешение следующей стадии, разрешение вопроса о состоянии трудоспособности, что составляет главную задачу экспертизы. В руководствах мы находим разделение трудоспособности на три вида—1) общую—физиологические движения, 2) профессиональную,—работа в какой-либо профессии и 3) специальную—работа в профессии, составляющей специальность данного лица. В нашем законодательстве по экспертизе мы имеем термин „профтруд“, т. е. имеется в виду способность к какой-либо профессии, начиная с той, которая составляет специальность. Такой термин находится в соответствии с идеей профотбора при экспертизе. Таким образом, врач дает заключение о пригодности к той или иной работе и заключение по существу носит прогностический характер. Прогноз экспертизы инвалидности может захватывать ряд лет вперед. Трудность в стадии определения трудоспособности заключается в том, что еще и теперь в виду несовершенства медицинских методов заключение делается путем умозаключений, „эмпирически“. „Медицинская наука“ пишет А. А. Смирнов „еще до сих пор не обладает достаточно точными методами, дающими возможность вполне определенного заключения о функциональном состоянии органов. . . по этой причине медицинская экспертиза инвалидности пока почти вовсе лишена научных физиологических обоснований для суждения о степени влияния тех или иных патологических дефектов в организме на профессиональную трудоспособность, хотя бы в области самых несложных трудовых процессов“ (Научное обоснование заключений врача экспертизы инвалидности. Врач. Газ., № 10 за 1930 г.). М. П. Мультиановский (из Института профилактики и терапии туберкулеза в Москве) в статье „Туберкулез и трудоспособность“ (Врач. Газ. № 4 за 1930 г.) пишет: „оценка трудоспособности туберкулезного больного трудна. . . всегда приходится давать заключение прогностического характера, подчас чисто эмпирически. Заманчива мысль о том, чтобы найти какие-нибудь объективные крите-

рии для определения наличия и утраты трудоспособности при туберкулезе".

На практике мы имеем многочисленные примеры, подтверждающие сказанное.

Больной В. (Акт ВКК № 245), плотник, 55 лет, 15/X 29 г.—вес 62,7 кило, направлен на пенсию по диагнозу: „спайки брюшины после операции аппендицита, холецистит, выраженная эмфизема легких, артериосклероз“. За неимением стажа, пенсию не получил. Остался на работе и проработал до июня 1932 г., т. е. 2 года 8 мес. 4/VI 32 г. вес 3,2 к., по диагнозу нач. артериосклероз сосудов головного мозга, выраженный артерио-кардиосклероз, эмфизема легких—направлен на пенсию.

Больной Из. (Акт ВКК № 4180), пекарь, 20 лет. стаж, 16/VII 29 г. Миокардит с расстройством компенсации и ритма, 2 отпуска подряд по 2 недели 20/VII 30 г. диагноз: миокардит с расстройством компенсации, выраженный артериосклероз. На пенсию. За неимением стажа, остался на работе. 9/V 32 г. направлен лечврачем в ВКК по вопросу о переводе на легкую работу (сторожем). Диагноз ВКК: склероз сосудов гол. мозга начальный, выраженная эмфизема легких, артериосклероз. На пенсию. Таким образом и этот больной проработал около 1½ лет, будучи с точки зрения медицины. инвалидом.

Больной Сув., столяр, в 23 г. переведен на пенсию, вследствие резко выраженной эмфиземы легких. Вернулся на работу и выполнял ее 3 года.

Больной Ст., служащий, тс. р. III В, каверны, в 25 г. в ВКК в виду тяжелого состояния получил отказ в посылке в Крым. Выехал под ответственность Тубдиспансера. Ежегодно пользовался курлечением в Крыму и сохранял трудоспособность до 31 г.,—в котором умер.

Получаем вывод, что инвалидность, установленная медицинским обследованием, фактически как будто не подтверждалась.

Таковы трудности экспертизы стойкой нетрудоспособности. Конечно, к нам не приходится относить неправильности экспертизы, о которых говорит Шромберг, указывая, что 600 инвалидов I группы находились на работе в Мосгубкоопинсоюзе.

В области экспертизы вр. нетрудоспособности мы наталкиваемся на те же трудности медицинского характера. Целый ряд форм болезней в соответствии с многообразием профессий дают картину самого различного состояния трудоспособности и определение такого состояния нередко требует больших усилий, таковы кардиопатии, заболевания язвой желудка и 12-перстной кишки, перивиспериты, туберкулез, гинекологические заболевания (опухоли, гоноррея), функциональные расстройства нервной системы, деформации костного скелета, неопределенные длительные лихорадочные состояния и т. п.

Однако, если мы обратимся к материалам, характеризующим работу врача в области экспертизы врем. нетрудоспособности, невозможно будет отнести неудовлетворительность экспертизы за счет только несовершенства медицинской методики. Здесь приходится говорить по крайней мере о неподготовленности практического врача к экспертной работе гл. образом молодого кадра. Можно привести, напр., следующие данные отчета ВКК за квартал с 1/X 29 г.—I/1 30 г.

В ВКК направлено лечврачами г. Казани всего больных 632 чел. При освидетельствовании найдено:

Трудоспособны—17,2%, нуждающихся в отпуске 19,2, нуждаются в дополнит. отпуске 11,8, в амбулат. лечении с выдачей больнич. листов 4,4, в стационарном лечении 3,0, в переводе на легкую работу 4,2, в переводе на пенсию 24,3, в курлечении 18,1%. Эти числа повторяются

из квартала в квартал с незначительными колебаниями. Значительный процент трудоспособных, недообследованных, нуждающихся в коечном лечении, указывает на недостаточность экспертной работы. О том же говорит результат специального освидетельствования в ВКК группы (150 человек) длительно и часто болеющих. Оказалось из них:

Инвалидов 25%, подлежащих переводу на легкую работу 6%, нуждающихся в спецобследовании и специальном лечении 19%, трудоспособны 50%. Аналогичны цифры других областей.

Отметим некоторые конкретные случаи, как иллюстрацию к сказанному.

Акт ВКК № 289 устанавливает, что больной Корш. на б/л. с 2/1—2/II 32 г., 1 мес., по поводу гриппозной пневмонии. Сделал 10 посещений амбулатории. Таким образом, был поставлен в совершенно неблагоприятные условия для лечения.

Больной Бал.—плотник, с 16/III—2/IV 32 г. на б/л. вследствие гриппа—7 посещений амбулатории.

Больная Ив., прачка, на б/л. с 23/II—31/III 32 года, с диагнозом: стеноз двусторонки, кровохарканье—11 посещений амбулатории. Таким образом больные с несомненной врем. нетрудоспособностью (до 2—3 недель не менее) получают по два дня отпуска за посещение. При этом отпуск как лечебный фактор пропадает, нетрудоспособность затягивается. Далее отмечается неправильное разрешение вопросов об отпусках в отношении больных с явной инвалидностью. Они продолжают считаться временно нетрудоспособными и задерживаются на блистке.

Так, больной Х. Акт 585 с субкомпенсированным туберкулезом легких III ст., бацилловыделитель, при явлениях несомненной стойкости утраты трудоспособности, остается на б/л с 28/IX 31 г. по 30/III 32 г. или 6 мес.

Тоже больная Ен. (Акт № 597) в таком же состоянии, как предыдущий больной, на больничном листе с 1/XII по 30/III или 4 месяца.

Но если при туберкулезе легких определение стойкой утраты трудоспособности часто затруднительно, факт задержки на блистке больных с инвалидностью подтверждается рядом других случаев.

Напр. из акта ВКК № 3397 от 15/IX 30 г. видно, что больная Ур..., 24 лет, переводится на пенсию вследствие рубцовой грыжи живота, спаек брюшины, истерии. После этого продолжает получать в лечучреждениях блистки до 5/1, т. е. свыше 3½ м-цев.

Акт ВКК № 35 от 10/I 31 г. больной Б..., 22 лет, сортировщик меха, на работе по найму 247 дней, из них 100 на блистке. Страдает общим ожирением, бронхиальной астмой, тиреотоксикозом. Переведен постановлением ВКК на пенсию.

Из акта № 372 в отношении больной Вл... видно, что она задержалась на блистке при наличии калового свища, спаек брюшины, в общей сложности 7 месяцев.

Подобных случаев в практике экспертизы не мало.

Экспертиза трудоспособности безусловно затруднена в тех случаях, когда врач в отношении больного не представляет синтетического заключения, отражающего состояние организма в целом, по совокупности имеющихся в нем болезненных процессов, как это видно из следующего случая:

Больной Б. Г. К., 50 лет, кочегар, трудстаж 35 лет, на блистке с 31/I 31 г. 12/II двусторонняя операция грыжесечения в пропедевтической хирургической клинике. 9/III выписан на работу. При освидетельствовании в ВКК 10/III—диагноз—общее истощение, артериосклероз, эмфизема легких, миокардит, неокрепшие рубцы после грыжесечения. Отпуск на 2 недели. 26/III диагноз ВКК: прежний и новообразование желудка? На стационарное обследование. 31/III диагноз—новообразование кардиальной части желудка. На пенсию. (Акт ВКК 418).

Таким образом, даже такое высококвалифицированное лечучреждение, как пропедевтическая хирургическая клиника, создало затруднения в экспертизе исключительно потому, что хирургическая клиника к больному подошла с узкой точки зрения своей специальности.

Примеры недостаточного внимания к вопросам экспертизы многочисленны. При наличии таких недочетов экспертизы, создаются условия

для роста временной нетрудоспособности, прогулов по болезни на производстве. Такое положение вынуждало страховые органы прибегать к паллиативам—к изданию справочников для лечащих врачей с примерными сроками отпусков при разных формах болезни и прочими инструкциями. Так, издан справочник Ленинградской страховки, в 1928 г. и Казанской страховой кассой (в рукописи). Распространения они не получили.

Заключительным актом экспертизы является формулировка выводов. При временной нетрудоспособности она выражается оформлением бланка, с чем надо быть хорошо знакомым каждому врачу. При экспертизе инвалидности заполняются акты. Примерный перечень должностей для использования труда инвалидов содержится в постановлении НКТ СССР от 26 ноября 30 г. № 345.

Подводя итоги всему сказанному, необходимо подчеркнуть, что для экспертной работы врач должен быть подготовлен и он должен располагать определенной суммой знаний. Эти знания он должен почерпнуть из области новой науки—Врачебно-трудовой экспертизы.

Врачебная экспертиза, как наука, возникла и получила все условия для своего развития в связи с появлением нашего социально-страхового законодательства. Уже тогда, с вовлечением в дело экспертизы громадного числа врачей потребовалось, как говорит проф. Шибков, чтобы „научная мысль форсированно выбрала из других (медицинских) родственных дисциплин соответствующий материал, собрала новые факты в направлении, указанном социально-страховым законом и их обобщила в науку... Сущностью и назначением страховых законов определяется предмет, содержание и объем науки врачебной экспертизы. Требованиями тех же законов определяется и материальная часть науки, в которую должны входить учение о трудоспособности, ее потере, измерении и т. д., методике исследования застрахованных и составление заключений, изложение учения о болезнях с точки зрения социально-страховых законов с учетом страховой симуляции“.

Новая наука—врачебная экспертиза в крупных центрах СССР—входит в круг предметов, преподаваемых на медфаках для подготовки врачей в практической работе в этой области. Появляются руководства—(проф. Вигдорчик, Барышников, Смирнов, переводные иностранных авторов), накапливается специальная литература, вопросы экспертизы инвалидности составляют предмет первого Всесоюзного совещания в гор. Харькове (1928 г.), новая наука—врачебная экспертиза—имеет свой научный центр—Институт экспертизы и питается научной продукцией ряда научных центров—институтов труда, профзаболеваний, социологии и т. д., с которыми имеет тесную связь. Наконец необходимые материалы она черпает из санитарной статистики.

В первом выпуске „Вопросов оздоровления Татарии“ из Института Соц. гигиены ТНКЗ-ва мы имеем работу д-ра А. Я. Плещицера: „К вопросу о снижении заболеваемости в Татарии“. В приложенных статистических таблицах мы находим между прочим средние цифры продолжительности одного случая заболеваний при разных формах болезней в указанных предприятиях за 13 кварталов. Эти цифры в экспертной практике могут быть использованы, как примерные показатели при даче освобождений по болезни.

Врачебная экспертиза должна выйти из области эмпиризма. Изучение влияния различных дефектов в организме на состояние трудоспособности путем обычных методов науки создаст научную базу для разрешения практических вопросов.

В условиях гор. Казани вопросы экспертизы до последнего времени находились в тени. Положение отчасти изменилось со времени организации (с осени 1931 г.) клиники профзаболеваний при Казанском медицинском институте, которая с первых своих шагов установила связь с производством и органами страховой медицины.

Врачебная трудовая экспертиза в условиях гор. Казани, центра национальной республики, в настоящее время начинает привлекать внимание научных кругов и широкой врачебной общественности. Этот сдвиг в конечном своем результате должен дать улучшение в разрешении практических вопросов трудоспособности, что так необходимо для производства, а след. социалистического строительства.

Позволю себе высказать в заключение следующие пожелания:

1) Врачебно-трудовая экспертиза должна иметь в г. Казани свой научный центр и соответствующее возглавление, что необходимо для развития ее, как науки, и для руководства работой на практике.

2) Клиника профболезней Казанского медицинского института могла бы осуществить руководство в практической работе врачебно-контрольной и экспертной комиссий и практических врачей в их работе по экспертизе трудоспособности и содействии, а также принять на себя организацию специального курса по экспертизе для студентов и врачей.

3) Преподавание клинических наук должно включить в свою программу изложение форм болезней с точки зрения социально-страховых законов и определения состояния при них трудоспособности.

4) В число тем для научных работ клиники Медицинского института должны включить вопросы состояния трудоспособности при различных формах заболеваний.

Литература: 1) Проф. Вигдорчик. Врачебная экспертиза при нероботоспособности (изд. 1923 г.).—2) Он же. Теория и практика соц. страхования, выпуск 5-й.—3) Проблемы врач. экспертизы, под редакцией М. Б. Зельдеса (ст. ст. проф. Шибкова, Пахомычева и проч.).—4) Барышников „Критика современных классификаций инвалидности“ Журн. „Вопр. Труда“ № 5, 1931 г.—5) Смирнов А. А. Основы определения трудоспособности, в зависимости от болезней внутренних органов.—6) Смирнов А. А. Научное обоснование заключений врачебной экспертизы трудоспособности инвалидности. Врач. газ. № 10, 30 г.—7) Д-р Попов А. П. Брошюра „Страховой врач“, 8) Мультановский—„Туберкулез и трудоспособность“. Врач. газ. № 4 30 г.—9) Резолюции Первого всесоюзного совещания страховых врачей (изд. Цусстраха).—10) М. И. Вольфович. „Профконсультация и профотбор при заболеваниях верхних дыхательных путей.—11) „Журн. Вопросы страхования“ за 1931 и 32 г.г.—12) Вопросы оздоровления Татарии, выпуск 1-й.—13) Цимхес. „О некоторых социально-профилактических моментах в работе хирурга“. Казанск. мед. журн. № 6, 1931 года.