

главным образом, состоянием функции бронхиального дерева. Р. Аллен отмечает, что одна из возможных причин рецидивов процесса у больных туберкулезом после антибактериального лечения — обтурация бронхов и задержка гноя, содержащего микобактерии туберкулеза.

Актуальными задачами современной фтизиатрии являются дальнейшее изучение нарушений функций бронхиального дерева при различных формах туберкулеза и выработка эффективных методов воздействия на эти нарушения, поэтому аэрозольтерапия должна получить самое широкое применение в комплексном лечении больных туберкулезом легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асеев Д. Д. Пробл. туб., 1958, 4. — 2. Ашбель С. И. Клин. мед., 1952, 10. — 3. Винник Л. А. Клин. мед., 1958, 12. — 4. Гольфанд Р. А. и Иоффе Р. А. Бюлл. ин-та туб., 1947, 2. — 5. Дмитриев Ю. Г. В сб.: Информац. бюлл. Татарск. террит. курорт. управл., Казань, 1959. — 6. Елкин И. И. и Эйдельштейн С. И. Аэрозоли антибиотиков, М., 1955. — 7. Ефимов И. И. Пробл. туб., 1958, 6. — 8. Зарницкая Б. М. Пробл. туб., 1958, 7. — 9. Курашова М. В. Применение аэрозолей антибиотиков при заболеваниях верхних дыхательных путей и легких, М., 1957. — 10. Лифшиц Н. А. Влияние антибактериальных препаратов на особенности течения и осложнения легочного туберкулеза. Автореф. канд. дисс., Л-д, 1958. — 11. Мазур Б. Л. Доклад на республиканской конференции фтизиатров Тат. АССР 26/IV-59 г. — 12. Михайлов Ф. А. Клин. мед., 1954, 12. — 13. Модель Л. М. Пробл. туб., 1937, 5. — 14. Мурсалова Р. А. Местная пенициллино-терапия хронических нагноений легких, М., 1957. — 15. Незлин С. Е. Клин. мед., 1954, 12. — 16. Нестеров В. А. Пробл. туб., 1959, 2. — 17. Огай И. В. В сб.: Антибактериальные препараты в комплексном лечении туберкулезного больного, М., изд. ЦИУ, 1957. — 18. Рабухин А. Е. Тер. арх.; 1958, 8. — 19. Равич-Щербо В. А. Туберкулез легких у взрослых, М., изд. ЦИУ, 1954. — 20. Сб.: Туберкулез легких и явления нарушения бронхиальной проходимости, Л-д, 1957. — 21. Фридкин М. М. Врач. дело, 1958, 10. — 22. Сб.: Пневмония, Л-д, изд. ЛСГМИ; 1958. Сб.: Коллапсотерапия при туберкулезе легких, М., 1947.

Поступила 25 апреля 1959 г.

КРИТЕРИЙ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

К. В. Крылова

Из Центрального научно-исследовательского института экспертизы
трудоспособности и организации труда инвалидов
(директор — проф. Д. И. Грицкевич, зав. клиникой — проф. Л. И. Фогельсон)

Несмотря на то, что вопросам экспертизы трудоспособности при бронхиальной астме был посвящен ряд работ (Ф. Я. Ноткина, Н. К. Боголепов в 1935 г., Г. А. Квитко в 1958 г. и т. д.), экспертиза трудоспособности при этом заболевании все еще вызывает затруднения у широкого круга врачей-экспертов. Об этом свидетельствует большое число диагностических ошибок при экспертизе трудоспособности у таких больных.

При определении трудоспособности больных бронхиальной астмой врач-эксперт, во-первых, должен иметь представление о наблюдаемой у больного дыхательной недостаточности. Между тем, определение дыхательной недостаточности требует применения ряда функциональных проб, которые не всегда возможно сделать в условиях поликлиники. Во-вторых, при определении трудоспособности больного бронхиальной астмой врачу-эксперту необходимо иметь сведения о частоте и тяжести приступов. Эти данные могут сообщать только лечащие врачи. При заполнении же „направления во ВТЭК“, как правило, лечащие врачи мало уделяют этому внимания.

Врачам-экспертам часто приходится возвращать больного в лечебное учреждение за получением подробной выписки из истории болезни. В-третьих, при определении трудоспособности больных бронхиальной астмой врач-эксперт обязан знать и противопоказанные производственно-гигиенические факторы, как-то: неблагоприятные метеорологические условия, значительное, а подчас и умеренное физическое напряжение, запыленность производственного помещения, присутствие в помещении ароматических соединений, играющих роль аллергенов.

Все это заставило нас заняться изучением экспертизы трудоспособности при бронхиальной астме и выработать критерии к определению групп инвалидности у этих больных.

Нами обследовано 100 больных бронхиальной астмой. Всем, кроме подробного клинического обследования, проводилось тщательное изучение дыхательной функции с применением новейших методов исследования.

Г. А. Квитко, на основании своих наблюдений применительно к практике врачебно-трудовой экспертизы, выделяет 3 формы бронхиальной астмы: легкую, средней тяжести и тяжелую. Мы так же придерживаемся этого подразделения.

К легкой форме бронхиальной астмы мы относили тех больных, у которых приступы наблюдались редко (3—4 раза в год), в межприступный период дыхательная недостаточность отсутствовала, и со стороны легких не наблюдалось какой-либо другой патологии.

По данным Г. А. Квитко, больные с легкой формой при отсутствии неблагоприятных условий производства и при возможности перевода на другую работу без значительного снижения квалификации и заработка признавались трудоспособными.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с такой формой бронхиальной астмы.

У трех больных имелись противопоказанные факторы в работе (контакт с урсолом, сырьевыми материалами пластмасс, химическими веществами). Эти больные, ввиду снижения квалификации, были признаны инвалидами III группы.

Инвалидами III группы были признаны 5 больных легкой формой, у которых бронхиальная астма являлась сопутствующим заболеванием и не определяла трудоспособности.

Остальных 17 больных с легкой формой бронхиальной астмы мы признали трудоспособными, так как в их работе никаких противопоказанных факторов не было.

В группу больных бронхиальной астмой средней тяжести мы отнесли тех, у которых наблюдались более частые приступы (2—3 в неделю) и у которых имелись явления дыхательной недостаточности в межприступном периоде (I степени, I—II степени). Г. А. Квитко отмечает, что больные бронхиальной астмой средней тяжести значительно ограничены в своей трудоспособности по основной профессии и подлежат отнесению к III группе инвалидности.

Среди больных бронхиальной астмой средней тяжести мы выделили две подгруппы: в первую вошли больные, имевшие частые приступы бронхиальной астмы и лишь начальные явления дыхательной недостаточности в межприступном периоде; во вторую — больные, имевшие столь же частые или менее частые приступы удушья, при дыхательной недостаточности в межприступный период I или I—II степени.

Все больные первой подгруппы имели частые (почти ежедневные) приступы бронхиальной астмы. Все они, из-за частых приступов, были признаны инвалидами II группы, несмотря на начальные явления дыхательной недостаточности в межприступном периоде.

Часть больных второй подгруппы с менее частыми приступами мы признали трудоспособными, поскольку у них бронхиальная астма средней тяжести не препятствовала выполнять работу по основной профессии.

Большинство же мы признали инвалидами III группы, так как у них бронхиальная астма средней тяжести ограничивала трудоспособность по профмаршруту. Были больные с бронхиальной астмой средней тяжести, которых мы признали инвалидами II группы. В этих случаях сама по себе астма средней тяжести не являлась основанием для II группы. Однако, в совокупности с такими заболеваниями, как поражение двустворчатого клапана с преобладанием сужения клапанного отверстия, с нарушением кровообращения по малому кругу II ст., или в сочетании с травматической энцефалопатией с выраженным астеническим синдромом, были основания для признания больного нетрудоспособным.

В группу больных тяжелой формой бронхиальной астмы мы отнесли тех, у кого наблюдались тяжелые и частые (2—3 в день) приступы бронхиальной астмы, которые купировались инъекциями адреналина, а в ряде случаев с трудом поддавались терапевтическому воздействию.

У всех больных тяжелой формой бронхиальной астмы имелась выраженная эмфизема легких, сопровождающаяся дыхательной недостаточностью II—III ст. Иногда к явлениям дыхательной недостаточности присоединялись и симптомы правожелудочковой недостаточности. У некоторых наблюдались проявления бронхоэктатической болезни.

Как указывает Г. А. Квитко, больные тяжелой формой бронхиальной астмы, независимо от характера их профессии, не пригодны к регулярному профессиональному труду и относятся к инвалидам II группы.

Все больные тяжелой формой бронхиальной астмы нами были признаны инвалидами II группы, так как у них выраженные явления дыхательной недостаточности в совокупности с частыми приступами бронхиальной астмы не давали возможности выполнять какую-либо работу в обычных производственных условиях.

ВЫВОДЫ:

1. Экспертиза трудоспособности больных легкой формой бронхиальной астмы вызывает большие трудности, так как приходится проводить грань между временной и длительной утратой трудоспособности. Редкие приступы сами по себе приводят лишь к временной нетрудоспособности. Однако, и при легкой форме возможно определение III группы инвалидности в том случае, если работа больного связана с противопоказанными факторами, а перевод больного на другую работу влечет за собой снижение квалификации или резкое сужение объема производственной деятельности.

2. Больные бронхиальной астмой средней тяжести в большинстве случаев относятся к инвалидам III группы. Однако, выделение среди этих больных двух подгрупп позволяет более правильно решать экспертные вопросы при этом заболевании, относя к инвалидам II группы больных с частыми приступами бронхиальной астмы, несмотря на начальные явления дыхательной недостаточности в межприступном периоде, и признавая трудоспособными больных с менее частыми приступами удушья даже при дыхательной недостаточности I—II ст., если их состояние не препятствует им выполнять работу по основной профессии.

3. Больные тяжелой формой бронхиальной астмы подлежат отнесению к инвалидам II группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ноткина Ф. Я., Боголепов Н. К. Клин. мед., 1934, 2. — 2. Ортенбург Е. М. Там же. — 3. Квитко Г. А. Клин. мед., 1958, 6.

Поступила 3 августа 1959 г.

О ВЛИЯНИИ АНТИБИОТИКОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ПНЕВМОНИЙ

(ПО ДАННЫМ ВСКРЫТИЙ)

Доктор мед. наук Н. И. Гольштейн

Из кафедры патологической анатомии (начальник — проф. А. Н. Чистович)
Военно-медицинской ордена Ленина Академии им. С. М. Кирова

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования подтверждают зависимость проявлений и течения пневмоний от вида микроба-возбудителя и необходимость дифференцированного лечения пневмоний различной этиологии соответствующими антибиотиками.

В связи с этим становится очевидной важность обязательного бактериоскопического исследования мокроты не только для ранней диагностики пневмоний, но и для правильного выбора наиболее активного средства их лечения.

При соблюдении указанных условий терапевтический успех подтверждается не только признаками клинического улучшения состояния больного, но и соответствующими морфологическими сдвигами в тканях легких, пораженных воспалительным процессом.

Анализ отдельных терапевтических неудач показал в ряде случаев приобретение устойчивости возбудителя к какому-либо антибиотику. Это подтвердилось на вскрытиях умерших и при последующем гистологическом исследовании легких картиной прогрессирующей очаговой, нередко сливной и абсцедирующей пневмонии, несмотря на лечение антибиотиками, вполне правильно и систематически проводившееся в период госпитализации.

Мы поставили перед собой задачу на основе клинко-анатомических сопоставлений выяснить, в какой мере различная степень интенсивности лечения антибиотиками может отражаться на эволюции морфологических изменений в ткани воспаленного легкого и какова морфологическая характеристика очаговых пневмоний, вызванных микробами, устойчивыми к антибиотикам.

Нами были изучены результаты патологоанатомических вскрытий 34 больных, умерших от различных заболеваний, осложненных явлениями очаговой пневмонии; из них 24 подверглись различным, по большей части тяжелым, оперативным вмешательствам.

Изучение гистологических изменений в ткани легких производилось как на целлоидиновых гистотопографических срезах более обширных участков легочной территории, так и на обычных микроскопических препаратах, окрашивавшихся гематоксилин-эозином, пикрофуксином, эозин-азуром, по Грам-Вейгерту, на фибрин и микробы; мазки из легочного отделяемого окрашивались метиленовой синькой и по Граму. Сроки, регулярность, дозировки и общее количество применявшегося антибиотика устанавливались по записям в историях болезни.