

А. А. НОВИКОВ, И. А. САВЕЛЬЕВ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
по врачебно-
трудовой
экспертизе

*Допущено Главным управлением
учебных заведений
Министерства здравоохранения СССР
е качестве учебного пособия
для студентов медицинских институтов*



МОСКВА «МЕДИЦИНА» 1975

ВВЕДЕНИЕ

В пособии излагаются задачи врачебно-трудовой экспертизы, способы определения трудоспособности, основывающиеся на медицинском и социальном критериях, данные о видах нетрудоспособности. Освещены вопросы экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях, деятельности ВК.К, порядок и правила выдачи больничных листов. Приводятся сведения о группах инвалидности и методике их определения, причинной связи инвалидности, организационных основах и задачах ВТЭК. Излагается экспертиза трудоспособности при важнейших заболеваниях внутренних органов.

Размерность и номенклатура единиц даны в соответствии с Международной системой единиц (СИ).

Учебное пособие написано по программе, утвержденной Министерством здравоохранения СССР и предназначено для студентов медицински[^] институтов.

Сохранение и восстановление здоровья трудящихся — неустанная забота советской медицины. В решении этой задачи ответственную роль играет врачебно-трудовая экспертиза, которая выявляет соответствие основных функций организма к требованиям профессии и конкретно выполняемой работы для определения состояния профессиональной трудоспособности. Конечной целью врачебно-трудовой экспертизы является профилактика инвалидности, удлинение трудовой жизни, создание условий для наиболее эффективного использования трудовых возможностей человека без ущерба для его здоровья и с пользой для государства.

Советская врачебно-трудовая экспертиза, рожденная Великой Октябрьской социалистической революцией, развивалась совершенно самостоятельно, не располагая опытом подобной деятельности ни в дореволюционной России, ни в зарубежных странах.

За годы Советской власти врачебно-трудовая экспертиза, совершенствуясь и перестраиваясь, превратилась в самостоятельный раздел медицинской науки и практики. В настоящее время важнейшими задачами врачебно-трудовой экспертизы являются:

- 1) диагностика заболевания и научно обоснованная оценка состояния трудоспособности;
- 2) определение степени утраты трудоспособности и установление остаточной работоспособности;
- 3) установление научно обоснованных трудовых рекомендаций, позволяющих без ущерба для здоровья участвовать в общественно-полезном труде;
- 4) систематическое наблюдение и контроль за состоянием трудоспособности инвалидов;
- 5) определение мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности, т. е. реабилитация медицинская и социальная;
- 6) выяснение причин снижения или утраты трудоспособности и осуществление мероприятий по предупреждению инвалидности.

Эти задачи определены практикой государственного социального страхования, социального обеспечения и в связи

с этим врачебно-трудова́я экспертиза определяет показания на пособия по государственному социальному страхованию или устанавливает право трудящегося на помощь по социальному обеспечению.

Социальное страхование в СССР — это система материального обеспечения за счет государства рабочих и служащих в виде пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, а также система различных оздоровительных и профилактических мероприятий, культурно-бытового обслуживания. Средства советского социального страхования образуются из обязательных, предусмотренных законом, страховых взносов предприятий и учреждений и не могут удерживаться с рабочих и служащих.

С образованием централизованного Союзного фонда социального страхования колхозников за счет отчислений колхозов их членам из этого фонда также выдаются пособия по временной нетрудоспособности, на рождение ребенка, на похороны, а также путевки в санатории, дома отдыха, пансионаты, туристские базы и пионерские лагеря.

Управление социальным страхованием рабочих, служащих и колхозников, право распоряжаться всеми денежными средствами полностью переданы профсоюзам, массовым организациям трудящихся СССР.

Социальное обеспечение в СССР представляет собой систему мероприятий, осуществляемых государством и общественными организациями. Оно предусматривает разнообразные формы помощи, из которых основными являются пенсионное обеспечение рабочих, служащих, колхозников и их семей, трудовое устройство лиц, частично утративших трудоспособность, содержание одиноких престарелых и инвалидов за счет государства в домах-интернатах, протезирование инвалидов и обеспечение ортопедической обувью, специальными транспортными средствами, предоставление инвалидам путевок на курорты и пр.

Таким образом, все трудящиеся СССР обеспечиваются правом на социальное страхование и социальное обеспечение.

Осуществление программы социального страхования и социального обеспечения, действительно отвечающей интересам трудящихся, стало возможным в результате победы Великой Октябрьской социалистической революции. Еще задолго до революции 1917 года партия большевиков вооружила рабочий класс страховой программой на основе принципов, выдвинутых В. И. Лениным на II съезде партии (1903) и в соответствии с резолюцией, предложенной В. И. Лениным и принятой Пражской конференцией РСДРП (1912).

С победой Октябрьской социалистической революции

полностью и до конца была осуществлена рабочая страховая программа. За годы строительства социализма по завещанию В. И. Ленина создана самая гуманная система социального страхования и социального обеспечения, коренным образом отличающаяся от таковых в капиталистических странах. Социальное страхование и социальное обеспечение в современном капиталистическом мире не носит государственного характера. Средства социального страхования составляют главным образом за счет отчислений из заработной платы рабочих. Так как трудящиеся СССР сами никаких отчислений в фонд социального страхования и социального обеспечения не производят, то, таким образом, социальное страхование и социальное обеспечение являются дополнительным источником их материального благосостояния.

Всеобъемлющая система социального страхования и социального обеспечения существует и развивается только в социалистических странах, имея в каждой стране свои отличительные особенности в области организации.

Социальное страхование и социальное обеспечение в СССР, будучи системой государственных и общественных мероприятий, осуществляются в соответствии с программными решениями КПСС, являясь важной частью советской государственной социальной политики.

Все виды государственного социального страхования и социального обеспечения осуществляются на основании врачебно-трудова́х экспертных заключений, являющихся юридическим основанием для установления того или иного вида помощи по социальному страхованию или социальному обеспечению. При этом **право на пособие по социальному страхованию при временной утрате трудоспособности определяют органы здравоохранения, а право на помощь по социальному обеспечению в случае постоянной нетрудоспособности, влекущей к инвалидности, — органы социального обеспечения в лице врачебно-трудова́х экспертных комиссий (ВТЭК).**

Врачебно-трудова́я экспертиза в СССР основывается на следующих принципах:

1. Государственный характер врачебно-трудова́й экспертизы. Конституция СССР провозгласила ответственность государства за материальное обеспечение трудящихся в случае утраты ими трудоспособности. Врачебно-трудова́е экспертные заключения определяют право, характер и объем социального страхования или социального обеспечения. При этом государство обеспечивает всем гражданам доступность и бесплатность экспертизы трудоспособности.

2. Профилактическое направление врачебно-трудова́й экспертизы. В случае заболевания, травмы по заключению вра-

чебио-трудовой экспертизы своевременное устранение или сведение к минимуму отрицательного влияния трудовой нагрузки предотвращает дальнейшее нарушение функций организма и способствует восстановлению здоровья и трудоспособности.

3. Физиологическая и социальная целесообразность трудовой деятельности. Трудовая деятельность в пределах физиологических возможностей человека является оздоравливающим средством. Труд больного человека, будучи дозированным, способствует развитию компенсаторных приспособлений организма. Безвредность, физиологическая и социальная целесообразность общественно-трудовой деятельности гарантируется рекомендацией врачебно-трудовой экспертизы.

4. Врачебный контроль за изменениями состояния трудоспособности. Нарушение физиологических функций, обуславливающих потерю или ограничение трудоспособности, динамичны. Они способны сглаживаться либо, напротив, углубляться под влиянием лечебно-профилактических мероприятий и социально-гигиенических условий. Отсюда следует необходимость повторных экспертиз трудоспособности.

5. Объективность врачебно-трудовой экспертизы. Экспертиза трудоспособности в СССР проводится на основании соответствующих законодательных актов и инструктивных материалов. Этот принцип исключает возможность субъективного подхода и придает экспертным решениям большую объективность.

Изложенные принципы врачебно-трудовой экспертизы объединяют узко профессиональные клиничко-экспертные задачи с задачами общественными и государственными.

Современное состояние советской врачебно-трудовой экспертизы, опирающейся на социальное страхование и социальное обеспечение трудящихся в СССР, перспективы дальнейшего ее развития тесно связаны с задачами, поставленными XXIV съездом КПСС по обеспечению значительно-го подъема материального и культурного уровня жизни народа. В директивах XXIV съезда КПСС по 9-му пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР предлагается осуществить широкую программу социальных мероприятий в области роста доходов населения, увеличения общественных фондов потребления, направив их прирост на улучшение социального обеспечения трудящихся, на меры по дальнейшему улучшению здравоохранения, развития физической культуры и спорта.

В свете этих решений задачи, стоящие перед врачебно-трудовой экспертизой, имеют большое государственное и общественное значение. Успешное претворение в жизнь этих задач во многом зависит от знания врачами основ врачебно-трудовой экспертизы.

Г л а в а I

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Постоянно решая задачу выяснения степени и длительности утраты трудоспособности, врачебно-трудовая экспертиза основывается на марксистском ее определении. Под трудоспособностью следует понимать такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет человеку выполнять работу определенного объема и качества.

Экспертиза трудоспособности предусматривает два вида ее нарушения: временную и стойкую. Последняя ведет к инвалидности, поэтому необходимо четко разграничивать временную потерю трудоспособности от стойкой. Основой для этой дифференциации служит клинический и трудовой прогноз. Следовательно, трудоспособность определяется двумя критериями — медицинским и социальным.

Медицинский критерий — это в первую очередь диагноз. Заключение о трудоспособности может быть правильным только тогда, когда поставлен точный диагноз, т. е. верно распознано заболевание. Диагноз должен обязательно отражать стадию и течение болезни, а также наличие и степень функциональных нарушений. Так, если у больного диагностирована язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, то надо установить выраженность болевого синдрома, нарушение эвакуаторно-моторной функции желудка и т. п. В диагнозе гипертонической болезни должны найти отражение стадии заболевания, вариант течения, тяжесть и частота кризов. У больного с диагнозом бронхиальной астмы должны быть указаны частота и тяжесть приступов, степень дыхательной недостаточности.

Помимо тщательного опроса больного, изучения анамнеза, физикального исследования, наблюдения за его состоянием и поведением в процессе обследования, для уточнения диагноза необходимо широко использовать лабораторно-инструментальные методы исследования, а также консультации врачей смежных специальностей. Ценные сведения дает обследование больного на производстве и в быту.

В экспертной практике могут быть случаи диссимуляции, агравации и реже — симуляции заболевания. Врач-эксперт должен подходить к такому заключению очень осторожно, лишь когда он может убедительно доказать, что заболевание выражено меньше, чем его демонстрирует больной, или что, наоборот, имеется преуменьшение тяжести заболевания. Между тем для решения вопроса о трудоспособности больных это имеет существенное значение. Так, если коронарные боли трактовать как неврогенные и не назначить больному соответствующего режима, это значит не принять своевременных мер по предупреждению инфаркта миокарда. В то же время принятие неврогенных болей за коронарные может способствовать развитию тяжелой ятрогении и тем самым привести к инвалидности.

Диагноз должен подвергаться пересмотру в соответствии с использованием новых методов исследования, расширением и углублением знаний о болезни, накоплением опыта и правильной оценкой течения заболевания. Врачу-эксперту необходимо учитывать влияние лечения на течение заболевания.

Иногда возникает такая ситуация, когда, несмотря на углубленное клиническое обследование больного, диагноз остается все же неясным. Тогда необходимо поставить предположительный диагноз и установить наблюдение за больным до окончательного уточнения вопроса о характере заболевания.

Комплексное обследование больных другими специалистами является необходимым условием в экспертной практике, помогающим верно оценить состояние организма в целом и, следовательно, правильно подойти к решению вопроса о трудоспособности.

В экспертной практике следует стремиться к правильной единообразной терминологии; при формулировании диагноза нужно пользоваться общепринятыми классификациями. Терминологическая неточность диагноза может служить причиной серьезных экспертных ошибок.

Определение степени, характера и продолжительности утраты трудоспособности без учета социальной среды нередко также ведет к грубым экспертным ошибкам. При решении вопроса трудоспособности человека необходимо не только исследовать состояние его здоровья, но и знать его профессию, специальность, условия труда и быта, образовании.

Врач, решающий вопросы экспертизы трудоспособности, не может детально знать все профессии, которых насчитывается несколько десятков тысяч. Но он должен уметь разбираться в условиях труда человека той или иной профессии.

Министр здравоохранения СССР обязывает: «...проводить ознакомление врачей общей сети здравоохранения с профессиональными особенностями труда рабочих промышленных предприятий, расположенных на территории, обслуживаемой данным лечебным учреждением».

При оценке условий труда учитывают следующие факторы:

а) степень и преобладание нервно-психического и физического напряжения;

б) длительность рабочего дня и сменный характер работы;

в) наличие неблагоприятных производственных факторов в виде высокой или низкой температуры, влажности и движения воздуха производственной среды, контакта с пылью и веществами токсического действия, производственного шума, вибрации, вынужденного положения тела во время работы и т. п.;

г) возможность производственного травматизма.

Следует указать, что с учетом задач врачебно-трудовой экспертизы, все виды труда схематически делят на две группы: 1) с преобладающим фактором физического напряжения; 2) с преобладающим фактором нервно-психического напряжения.

При этом значительным физическим напряжением считают перемещение тяжестей весом от 16 до 20 кг (профессии каменщика, грузчика и т. д.). Умеренное физическое напряжение — это перемещение тяжестей весом от 6 до 15 кг (работа токаря, слесаря и т. п.). К незначительному физическому напряжению относят перемещение тяжестей весом до 6 кг (профессии слесаря по сборке мелких деталей, инструментальщика и др.).

Значительным нервно-психическим напряжением считают длительное напряжение внимания, выполнение сложных заданий (например, работа администратора в крупных учреждениях), наличие большого объема информации (диспетчеры железнодорожных вокзалов, аэропортов, телевизионных установок и т. д.). Умеренное нервно-психическое напряжение — это строго определенные производственные операции (профессии инженера, бухгалтера, врача, юриста и т. п.). Незначительное нервно-психическое напряжение имеется в работе медсестры, счетовода и пр.

Решая вопросы экспертизы трудоспособности, врач должен учесть и бытовые условия, а именно, жилищные, наличие в семье лиц, которые могли бы ухаживать за заболевшим, и ряд других моментов.

Тщательная разработка и обязательно совместный учет медицинского и социального критериев позволяет правильно решать вопросы экспертизы трудоспособности.

Глава II

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Под временной нетрудоспособностью следует понимать такое состояние здоровья, когда ограничение и функциональные нарушения, вызванные заболеванием и препятствующие выполнению профессионального труда, носят временный, обратимый характер. Следовательно, основным критерием в определении временной нетрудоспособности является благоприятный клинический и трудовой прогноз, характеризующийся полным восстановлением или значительным улучшением нарушенных функций организма с восстановлением трудоспособности в сравнительно короткий срок. Временная утрата трудоспособности возникает в 60—80% всех заболеваний. При этом из всех дней лечения в период временной нетрудоспособности более 80% проходят в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Следовательно, роль врачей амбулаторно-поликлинических учреждений в осуществлении квалифицированной экспертизы трудоспособности и прежде всего экспертизы временной нетрудоспособности — велика и ответственна.

Врач наряду с установлением диагноза и терапией должен решить вопрос о том, может ли больной продолжать свою работу, проводя одновременно лечение, или состояние его здоровья и условия труда таковы, что он нуждается в освобождении от работы на определенный срок.

Отсюда следует, что болезнь и нетрудоспособность не являются понятиями равнозначными, так как не каждая болезнь приводит к утрате трудоспособности при тех или иных условиях труда.

В связи с этим различают полную временную утрату трудоспособности и частичную.

Полная временная нетрудоспособность —, это такое состояние, когда больной временно не может или не должен работать и нуждается в специальном режиме — постельном.

Частичная временная нетрудоспособность — это такое состояние, когда заболевший не может выполнять профессиональную работу, но без ущерба для здоровья временно может выполнять другую работу или свою профессиональную, но в других условиях.

Временная утрата трудоспособности чаще возникает при заболеваниях, протекающих преимущественно в острой форме (грипп, ангина, бронхит, пневмония, острые желудочно-кишечные заболевания и др.), а также нередко при обострении некоторых хронических заболеваний (ревматизм, язвенная болезнь и др.).

ВИДЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

«Положение о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию» предусматривает следующие виды временной нетрудоспособности: а) при болезни, связанной с потерей трудоспособности; б) при санаторно-курортном лечении; в) при болезни члена семьи в случае необходимости ухода за заболевшим; г) при карантине; д) при временном переводе на другую работу в связи с заболеванием туберкулезом или профессиональным заболеванием; е) при протезировании с помещением в стационар протезноортопедического предприятия.

Таким образом, следует различать временную нетрудоспособность в связи:

- 1) с наличием противопоказаний к выполнению профессиональной работы по болезни;
- 2) с мероприятиями профилактического характера;
- 3) с показаниями социального порядка.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В СССР экспертиза временной утраты трудоспособности осуществляется в соответствии с «Положением об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях» и другими официальными материалами по экспертизе временной нетрудоспособности, в том числе «О порядке выдачи больничных листов членам колхозов» (из приказа министра здравоохранения СССР № 221 от 13 апреля 1970 г.).

В «Положении об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях» определены задачи экспертизы временной нетрудоспособности и обязанности лечащих врачей, заведующих отделениями, заместителя главного врача по экспертизе трудоспособности и врачебно-консультационной комиссии.

Согласно «Положению» и другим официальным материалам, задачей экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях является: а) определение временной утраты трудоспособности; б) рекомендация соответствующих условий труда для трудоустройства лиц, не имеющих группы инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в особых условиях труда; в) выявление стойкой утраты трудоспособности у трудящихся и направление их во ВТЭК для освидетельствования.

Ответственным за всю постановку экспертизы трудоспособности является главный врач лечебно-профилактического учреждения.

В крупных лечебных учреждениях предусмотрена должность заместителя главного врача по экспертизе, который занимается организацией экспертизы временной нетрудоспособности и осуществляет систематический контроль за ее качеством.

Согласно приказу министра здравоохранения СССР № 340 от 30 апреля 1968 г., должность заместителя главного врача по экспертизе устанавливается при наличии в штате поликлиники не менее 25 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием.

В соответствии с указанным «Положением» обязанности лечащего врача в части экспертизы трудоспособности сводятся к следующему:

1. Лечащий врач определяет на основании обследования больного, с учетом характера выполняемой им работы и условий труда, временную утрату трудоспособности и выдает больничный лист, руководствуясь действующей инструкцией о порядке выдачи больничных листов.

2. Лечащий врач в сроки, установленные действующей инструкцией о порядке выдачи больничных листов, представляет больного заведующему отделением или заместителю главного врача по экспертизе, а там, где заместителя главного врача по экспертизе нет, — главному врачу на консультацию для решения вопроса о дальнейшем лечении и необходимости продления листка нетрудоспособности.

Во всех сложных случаях экспертизы, когда требуется компетенция врачебно-консультационной комиссии, лечащий врач направляет больных в эту комиссию.

3. Лечащий врач совместно с заведующим отделением представляет больных, имеющих стойкую утрату трудоспособности, во врачебно-консультационную комиссию для решения вопроса о направлении их на освидетельствование во врачебно-трудовую экспертную комиссию.

4. Лечащий врач выдает больничный лист по уходу за больным членом семьи на срок до 3 дней, а свыше 3 дней только с разрешения главного врача.

Следует еще учесть, что почти у 75% всех временно утративших трудоспособность последняя восстанавливается в первые шесть дней, когда, согласно инструкции «О порядке выдачи больничных листов», фактически только лечащий врач решает вопросы освобождения от работы.

Все это накладывает на лечащих врачей большую ответственность и требует от них достаточной квалификации в вопросах экспертизы трудоспособности.

Правильно решать вопросы трудоспособности лечащему врачу помогает заведующий отделением.

Обязанности заведующего отделением в вопросах экспертизы трудоспособности, согласно указанному выше «Положению», заключаются в следующем:

«1. Заведующий отделением совместно с лечащим врачом после осмотра больного, с привлечением в необходимых случаях других специалистов, решает вопрос о дальнейшем лечении его и производит продление больничного листа сверх срока, в течение которого лечащий врач имеет право выдавать больничный лист, а также назначает дату следующего обследования больного для решения вопроса о дальнейшем продлении больничного листа. При длительных заболеваниях повторные осмотры производятся в зависимости от характера заболевания, но не реже, чем раз в 10 дней.

2. Заведующий отделением совместно с лечащим врачом выдает больничные листы больным в стационарных лечебных учреждениях за все время пребывания их на лечении в стационаре и в пределах установленных сроков после выписки из него.

3. Заведующий отделением по представлению лечащего врача консультирует больных со сложными в отношении диагностики, лечения и определения трудоспособности заболеваниями, вне зависимости от срока временной нетрудоспособности, а также больных со стойкой утратой трудоспособности — для решения вопроса о направлении их на ВТЭК.

4. Заведующий отделением дает заключение о необходимости освобождения студентов учебных заведений по состоянию здоровья от занятий на срок не свыше двух месяцев.

В лечебных учреждениях, где не предусмотрены отделения по специальностям, функции заведующего отделением по решению вопросов экспертизы трудоспособности возлагаются на заместителя главного врача по экспертизе».

Заместитель главного врача по экспертизе осуществляет все необходимые мероприятия для правильной постановки экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактическом учреждении, в частности:

«а) обеспечивает своевременное изучение всеми врачами лечебно-профилактического учреждения действующих положений, инструкций, приказов и распоряжений по вопросам экспертизы трудоспособности и выдачи больничных листов;

б) организует мероприятия по повышению квалификации врачей по вопросам экспертизы нетрудоспособности;

в) инструктирует всех вновь поступающих в лечебно-профилактические учреждения врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности и лично контролирует их деятельность по экспертизе;

г) контролирует правильность экспертизы путем ежедневной выборочной проверки обоснованности выдачи и продления больничных листов, а также правильности их оформления, с изучением истории болезни и в необходимых случаях с личным осмотром больного;

д) организует ежемесячные врачебные конференции по вопросам состояния заболеваемости с обсуждением на них допущенных ошибок при определении временной нетрудоспособности и мер, необходимых для снижения заболеваемости;

е) изучает заболеваемость рабочих и служащих с временной утратой трудоспособности по отдельным предприятиям, находящимся в районе обслуживания».

При этом «заместитель главного врача по экспертизе проводит свою работу по снижению заболеваемости рабочих прикрепленных предприятий в постоянном контакте с профсоюзными организациями и страховыми врачами, анализирует совместно с ними заболеваемость и разрабатывает мероприятия по ее снижению».

Кроме того, «заместитель главного врача по экспертизе рассматривает жалобы трудящихся по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности и принимает необходимые меры к устранению причин, вызвавших жалобы».

Отсюда следует, что заместителю главного врача по экспертизе трудоспособности нужно обладать высокой квалификацией и соответствующей специальной подготовкой.

В лечебных учреждениях, где штатная должность заместителя главного врача по экспертизе трудоспособности не предусмотрена, всю эту работу выполняет главный врач лечебно-профилактического учреждения.

В экспертизе временной нетрудоспособности большую роль играет врачебно-консультационная комиссия (ВКК). Согласно упомянутому приказу министра здравоохранения СССР № 340, ВКК организуется в больнично-поликлинических объединениях и в самостоятельно существующих поликлиниках при наличии в их штате не менее 25 должностей врачей по амбулаторному приему больных. В лечебных учреждениях, где число врачей, ведущих амбулаторный прием,

менее 25, вопросы, подлежащие рассмотрению ВКК, решаются лечащим врачом совместно с главным врачом.

В состав ВКК входят заместитель главного врача по экспертизе трудоспособности (председатель), заведующий отделением, лечащий врач. Председатель ВКК постоянно участвует в заседаниях, члены ВКК меняются в зависимости от профиля направляемых на ВКК больных. Так, например, при освидетельствовании в ВКК терапевтических больных членами ВКК на этот период будут лечащий врач-терапевт и заведующий терапевтическим отделением.

Врачебно-консультационная комиссия по «Положению об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях» выполняет следующие функции:

«а) разрешает сложные и конфликтные вопросы экспертизы временной нетрудоспособности;

б) направляет больных при стойкой утрате трудоспособности и неблагоприятном прогнозе во врачебно-трудовую экспертную комиссию;

в) предоставляет отпуска для санаторно-курортного лечения, предусмотренные инструкцией о порядке выдачи больничных листов;

г) трудоспособным рабочим и служащим, которые в связи с каким-либо заболеванием нуждаются в облегченных или измененных условиях труда, выдает соответствующее заключение об этом или заключение о желательности перевода их на другую работу в установленном законом порядке, без выдачи больничного листа. При этом ВКК определяет характер рекомендуемой работы с учетом квалификации больного;

д) больным, имеющим стойкое ограничение трудоспособности, но не подлежащим направлению во врачебно-трудовую экспертную комиссию (ВТЭК) и не нуждающимся в освобождении по больничному листу, выдает заключение о необходимости перевода их на другую работу, соответствующую состоянию их трудоспособности;

е) выдает больничные листы в пределах до двух месяцев при временных переводах на другую работу временно нетрудоспособных в связи с заболеванием туберкулезом и профессиональными заболеваниями;

ж) выдает больничные листы для специального лечения в другом городе».

Таким образом, четкая организация экспертизы временной нетрудоспособности имеет большое значение, так как обеспечивает заболевшему наиболее благоприятный режим и тем самым способствует быстрейшему его выздоровлению.

Следовательно, в общем комплексе мероприятий, осуществляемых лечебно-профилактическими учреждениями, правильная постановка врачебно-трудовой экспертизы приводит к снижению заболеваемости с утратой трудоспособности.

Глава III

ПОРЯДОК И ПРАВИЛА ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Основным документом временной утраты трудоспособности является больничный лист («листок нетрудоспособности»), удостоверяющий право на освобождение от работы и получение пособия по государственному социальному страхованию.

Порядок выдачи листков нетрудоспособности регламентируется Инструкцией ВЦСПС и Наркомздрава СССР «О порядке выдачи застрахованных больничных листов», утвержденной СНК СССР 14 августа 1937 г. (с изменениями и дополнениями, внесенными ВЦСПС и Министерством здравоохранения СССР в соответствии с Постановлением Совета Министров СССР от 22 января 1955 г. № 113 и другими изменениями в законодательстве).

В соответствии с приказом министра здравоохранения СССР № 221 от 13 апреля 1970 г. больничные листы членам колхозов выдаются лечебными учреждениями в порядке, предусмотренном для рабочих и служащих.

Соблюдение порядка и правил выдачи больничных листов играет очень важную роль в системе проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

В вышеупомянутой инструкции предусматривается также ответственность врачей за неправильную выдачу ими больничных листов и устанавливается порядок обжалования их действий в этой области.

«За неправильную выдачу или неправильное заполнение больничного листа врачи привлекаются к дисциплинарной или уголовной ответственности.

Ответственность за всю постановку работы по экспертизе трудоспособности и по выдаче, хранению и учету больничных листов возлагается на главного врача.

Жалобы застрахованных на действия врачей в области выдачи больничных листов разрешаются главным врачом, а при наличии в данном лечебном учреждении врачебно-консультационной комиссии — этой комиссией».

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ И ВЫДАЧУ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА

Право на получение больничного листа по различным видам временной нетрудоспособности имеют рабочие и служащие, находящиеся на штатных, временных или сезонных работах, а также члены колхозов.

Неработающие не имеют право на получение листка нетрудоспособности.

Согласно инструкции, листки нетрудоспособности выдаются врачами лечебных и санитарных учреждений Министерства здравоохранения и Министерства путей сообщения СССР. Врачам лечебных учреждений других ведомств и научных институтов право выдавать больничные листы может быть предоставлено лишь особым распоряжением Министерства здравоохранения СССР или союзной республики, согласованным с ВЦСПС. В частности, президиум ВЦСПС и Министерство здравоохранения СССР письмом от 28 января 1969 г. «О мерах по улучшению экспертизы временной нетрудоспособности и усилению контроля за правильностью выдачи больничных листов в лечебно-профилактических учреждениях» предоставили право врачам научно-исследовательских и медицинских институтов, институтов усовершенствования врачей по списку, утвержденному Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС, выдавать и продлевать больничные листы нетрудоспособным рабочим и служащим на весь период стационарного и амбулаторного лечения в установленном порядке.

Выдача больничных листов в платных поликлиниках и лечебницах запрещается.

Фельдшера не имеют право выдавать больничные листы. Но как исключение в местностях, где имеется только фельдшерский медицинский пункт, а также на плавающих судах, право выдачи больничных листов может быть предоставлено фельдшеру, заведующему медицинским пунктом, с последующим контролем со стороны врача—заведующего медицинским участком.

Список этих фельдшеров и сроки, на которые они могут выдавать больничные листы, устанавливаются обл(край) здравоохранения или Министерствами здравоохранения автономных Советских социалистических республик.

Временная утрата трудоспособности чаще всего наступает вследствие болезни или травмы. В этих случаях больничные листы выдаются врачами поликлиник, амбулаторий, диспансеров, больниц и здравпунктов.

При этом больничные листы выдаются больным лечебными учреждениями по месту их жительства, врачами лечебных учреждений при предприятиях или лечебными учреждениями, к которым прикреплены предприятия. Больничный

лист, выданный по месту работы, может быть продлен лечебным учреждением по месту жительства, если по состоянию здоровья больной не может явиться в лечебное учреждение, которое ему выдало больничный лист.

ВЦСПС и Министерство здравоохранения СССР в указанном выше письме разрешают приемным отделениям больниц, пунктам неотложной помощи и травматологическим пунктам при оказании неотложной помощи рабочим и служащим в случае их нетрудоспособности выдавать больничные листы сроком на 3 дня, т. е. на время, необходимое для явки заболевшего в лечебное учреждение по месту жительства или работы.

ЗАПОЛНЕНИЕ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА

Значение больничного листа, как юридического документа обуславливает определенные требования к его оформлению.

Больничный лист при установлении временной нетрудоспособности выдается с того дня, когда больной обратился к врачу. Если заболевший обращается к врачу в тот день, который он уже отработал, и врач находит необходимым по состоянию здоровья на следующий день освободить его от работы, он выдает ему больничный лист, датируя выдачу его днем обращения, а освобождает больного от работы лишь со следующего дня, так как этот день им уже отработан.

При обращении за медицинской помощью во время работы в ночное время, когда ни здравпункте предприятия дежурит только средний медицинский персонал, больному, нуждающемуся в освобождении от работы, дают соответствующую справку и предлагают явиться на следующий день в поликлинику или (в случае необходимости) вызвать врача на дом.

Врач поликлиники выдает заболевшему больничный листе момента, указанного в справке. Если же врач признает его трудоспособным, то больничный лист выдается с числа и часа, указанного в справке, и до окончания данной смены.

При оформлении больничного листа графы «диагноз» (имеется в виду первоначальный) и «заключительный диагноз» должны быть написаны четко по-русски или на национальном языке данной республики. В больничном листе необходимо заполнять графу «режим», отмечая один из трех его видов: постельный, амбулаторный или больничный, если больной находится в стационаре. Больной должен соблюдать предписанный ему врачом режим. В случае его нарушения делается соответствующая пометка в больничном листе. К нарушениям режима также относится неявка на прием к врачу, явка в нетрезвом виде, выезд в другую местность без разрешения врача и ВКК, выход на работу без разрешения.

врача и др. Каждый случай нарушения режима требует тщательного выяснения. Комиссия по социальному страхованию может вынести решение о невыплате денежного пособия за те дни, когда больной нарушил режим, предписанный врачом. Пример: больной без разрешения врача выходит на работу и лишь через несколько дней является к нему для оформления больничного листа. Если по состоянию здоровья пациент может уже работать, то врач «закрывает» ему больничный лист днем явки на прием и пишет, что со дня самовольного выхода на работу по день явки к врачу больной нарушил лечебный режим (не явился к врачу).

В тех случаях, когда больничный лист продлевается свыше 6 дней, кроме подписи лечащего врача должна быть еще подпись заведующего отделением или председателя ВКК (в показанных случаях — главного врача).

Врач, выдавая больному листок нетрудоспособности, обязан объяснить ему сущность его заболевания, необходимость соблюдения указанного в больничном листе режима и выполнения всех других назначений (лечебных, по дополнительному обследованию и др.).

Сторона бланка листка нетрудоспособности, заполняемая врачом.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА

Сроки временной нетрудоспособности зависят от многих медицинских и социальных факторов: нозологической формы и этиологии заболевания, характера его течения, иммунологических особенностей организма, наличия сопутствующих заболеваний, возраста больного, характера работы и условий труда.

Временная утрата трудоспособности чаще возникает при острых заболеваниях (грипп, ангина, острая пневмония и др.), а также нередко при обострении хронических заболеваний (ревматизм, язвенная болезнь и др.).

При острых заболеваниях с регрессивным течением и полным восстановлением нарушенных функций листок нетрудоспособности выдается на весь период заболевания до выздоровления.

При заболеваниях с затяжным течением больные в остром периоде временно нетрудоспособны. В дальнейшем, если несмотря на затяжное течение восстановление нарушенных функций прогрессивно нарастает и прогноз в отношении трудоспособности благоприятный, листок нетрудоспособности выдается до тех пор, пока больной без вреда для здоровья не может вернуться на свою работу. Например, при положительном лечебном эффекте у больных ревматоидным артритом.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ И ОСТАЕТСЯ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ Серия _____ № _____

ПЕРВИЧНЫЙ—ПРОДОЛЖЕНИЕ

(соответственно подчеркнуть)

(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного) _____
(фамилия врача)

(домашний адрес) _____
№ истории болезни

(место работы — наименование предприятия или учреждения)

Выданный « _____ » 19__ г.
(число, месяц) _____ (подпись получателя)

_____ линия отреза

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ Серия _____ № _____

ПЕРВИЧНЫЙ—ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛИСТКА № _____

(соответственно подчеркнуть)

(наименование и адрес лечебного учреждения) _____

Выданный _____ 19__ г.
(число, месяц)

Возраст _____ (полных лет)

(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

(место работы — наименование предприятия или учреждения)

муж. | жен.

(соответственно подчеркнуть)

печать лечебного учреждения

Диагноз: _____ **Заключительный диагноз:** _____
(на русском или национальном языке республики)

Указать вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту, карантин, уход за больным, санкурлечение, дородовой или послеродовой отпуск): _____

(при отпуске по родам указать дату родов, при отпуске по уходу указать возраст больного и диагноз, при отпуске по карантину указать название заболевания, что вызвало карантин, при санкурлечении указать даты начала и окончания срока путевки)

РЕЖИМ:	Отметки о нарушении режима: Подпись врача _____
Был в стационаре с _____ 19__ г. по _____ 19__ г.	Направлен во ВТЭК _____ 19__ г. Подпись врача _____
Перевести временно на другую работу с _____ 19__ г. по _____ 19__ г.	Осмотренный во ВТЭК _____ 19__ г. Заключение ВТЭК _____
Подпись главного врача _____	печать ВТЭК Подпись председателя _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число включительно	Должность и фамилия врача	Подпись врача
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

С _____ (прописью число и месяц) _____

Выдан новый листок (продолжение) № _____

_____ (должность, фамилия и подпись врача)

печать лечебного учреждения

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Если, несмотря на проведение всех необходимых лечебных мероприятий, нарушение трудоспособности принимает стойкий характер, дальнейшее продолжение больничного листа становится нецелесообразным. Тогда необходимо провести врачебно-трудовую экспертизу для перевода больного на инвалидность (например, при ишемической болезни сердца, прогрессирующей быстро).

При заболеваниях с неясным или сомнительным с самого начала прогнозом (инфаркт миокарда, нефрит) больные в остром периоде временно нетрудоспособны. Если дальнейшее течение указывает на благоприятный прогноз, то больничный лист дается до восстановления трудоспособности. В тех случаях, когда, несмотря на проведенное лечение, трудоспособность больного утрачена полностью или частично, его следует переводить на инвалидность.

По истечении острого периода болезни, постепенной ликвидации патологических явлений, когда точно установлен диагноз и ясен клинический прогноз, вопрос о трудоспособности больного и его возможности приступить к работе

может быть решен только с учетом его профессии и условий труда. Так, из двух больных, перенесших острое респираторное заболевание, один может быть выписан на работу раньше, если он работает бухгалтером в сухом и теплом помещении, а с выпиской другого, работающего сталеваром в литейном цехе с резкой сменой температуры, лучше несколько дней повременить во избежание рецидива заболевания.

Когда временная нетрудоспособность обусловлена рецидивами хронических заболеваний, то социальный критерий имеет еще большее значение. Так, при обострении язвенной болезни, хронического холецистита более краткое пребывание на больничном листе будет у тех больных, которые работают в профессиях интеллектуального труда, на административно-хозяйственной работе, ручных видах труда, чем у больных, в работе которых преобладает физическое напряжение (токарь, слесарь, плотник и др.).

Таким образом, временная нетрудоспособность, ее продолжительность определяются одновременно медицинскими и социальными критериями. Необходимо также учитывать, что в отдельных случаях решающее значение может иметь каждый критерий в отдельности.

Хотя календарных сроков пребывания больного на больничном листе не существует, однако для длительно и часто болеющих установлен особый порядок выдачи и длительности пребывания на больничном листе.

К категории длительно и часто болеющих относятся больные, которые получают больничные листы 4 месяца подряд или 5 месяцев с перерывами в течение последних 12 месяцев по одному и тому же хроническому заболеванию (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и др.). Согласно инструкции, этих больных не позднее указанных 4—5 месяцев направляют на освидетельствование во ВТЭК. Если ВТЭК не устанавливает стойкой утраты трудоспособности, то больным в поликлинике (стационаре) продолжают выдавать больничные листы вплоть до полного или частичного выздоровления, но не более, чем 4 месяца, после чего вновь направляют во ВТЭК. Однако, если признаки стойкой утраты трудоспособности появляются ранее 4—5 месяцев, то больного следует направлять во ВТЭК, не дожидаясь этого срока.

К длительно и часто болеющим, согласно инструкции, следует прикреплять специально выделенного врача, извещая об этом фабрично-заводской местный комитет. Последний в письменном виде сообщает застрахованному, что впредь будет оплачивать только больничные листы, выданные этим врачом (кроме исключительных случаев по особому решению фабрично-заводского местного комитета).

В целях повышения качества экспертизы временной нетрудоспособности в инструкции «О порядке выдачи застрахованным больничных листов» предусмотрена необходимость тщательного динамического наблюдения над больным со стороны лечащего врача и заведующего отделением. В связи с этим лечащий врач выдает больному больничный лист вначале на 3 дня и при необходимости еще на 3 дня, а в общем не более чем на 6 дней. В период повышенной заболеваемости населения гриппом Министерству здравоохранения СССР по согласованию с ВЦСПС предоставлено право разрешать врачам лечебно-профилактических учреждений выдавать больничные листы застрахованным, заболевшим гриппом, при первичном обращении единовременно на срок до 5 дней с продлением в необходимых случаях на 1 день. Дальнейшее продление указанных больничных листов производится в общем порядке. С 7-го дня временной нетрудоспособности лечащий врач для продления больничного листа должен представить больного на консультацию заведующему отделением. В тех лечебных учреждениях, где нет соответствующих заведующих отделениями, санкционировать продление больничного листа может заместитель главного врача по экспертизе, а где его нет — главный врач или ВКК. При этом лица, которые могут разрешить продление больничного листа, обязаны лично осмотреть больного.

В случаях длительных заболеваний такие осмотры должны производиться не реже одного раза в 10 дней, а в сложных для диагностики и экспертизы случаях еще чаще.

Исключением из общих правил является выдача листков нетрудоспособности больным, находящимся на стационарном лечении. Эти больные получают больничные листы при выписке из стационара. При длительной госпитализации их больничные листы в стационаре могут быть оформлены к очередной выплате зарплаты.

По окончании стационарного лечения, если трудоспособность больного восстановилась, больничный лист «закрывается». Если же при выписке из стационара больной продолжает оставаться нетрудоспособным, то в больничном листе указывается, что он нуждается в продолжении лечения амбулаторно с освобождением по больничному листу. Дальнейшее продолжение больничных листов проводится в этих случаях врачами поликлиник или амбулаторий согласно установленным правилам.

В отдельных случаях, когда больной при выписке из стационара еще на длительный период нуждается в домашнем режиме (после инфаркта миокарда, инсульта, операции по поводу язвенной болезни желудка и др.) и, следовательно, является временно нетрудоспособным, в больничном листе, выданном в стационаре, может быть предоставлено освобож-

дение от работы сроком до 10 дней, но с обязательной последующей явкой в поликлинику или вызовом врача на дом. Вопрос о дальнейшем продлении больничного листа, выписке больного на работу или направлении его во ВТЭК решается в зависимости от клинического и трудового прогноза.

Таким образом, временная нетрудоспособность — понятие динамическое и сроки ее зависят от многих факторов. Надо помнить, что преждевременная выписка на работу может привести к рецидиву заболевания и, следовательно, к удлинению сроков временной нетрудоспособности. В то же время необоснованно длительное пребывание на больничном листе может быть поводом к ятрогении.

Повторная выдача больничного листа по одному и тому же заболеванию без достаточных к тому оснований приводит к неправильной ориентации больных относительно состояния здоровья и трудоспособности и к необоснованному расходованию государственных средств.

ОСОБЕННОСТИ ВЫДАЧИ БОЛЬНИЧНЫХ ЛИСТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Больничный лист при заболевании и травме. При временной утрате трудоспособности вследствие болезни или трудового увечья больничный лист выдается в день установления нетрудоспособности, кроме случаев лечения в стационаре и других, указанных выше, исключений. Выдача больничных листов с зачетом предыдущие дней болезни (до дня обращения к врачу) не разрешается.

При стационарном лечении больничные листы выдаются во время нахождения больного в стационаре или в день выписки.

При бытовой травме (механической, термической, отравлении, попытке к самоубийству), приведшей к временной утрате трудоспособности, больничные листы выдаются начиная с 6-го дня нетрудоспособности. На пять первых дней временной нетрудоспособности выдается справка.

Если заболевание или бытовая травма обусловлены острым опьянением, то больничный лист выдается согласно действующей инструкции, но в графе «режим» делается пометка: «обусловлено опьянением». Это служит основанием для лишения или изменения характера выплаты пособия.

Больничный лист при заболевании во время отпуска. При заболевании застрахованного во время очередного или дополнительного отпуска ему выдается больничный лист, а отпуск подлежит продлению на то число дней, которое указано в больничном листе.

При заболевании во время отпуска, взятого без сохранения содержания (за свой счет), больничный лист не выдается, а если он был выдан, то профсоюзная организация его не должна оплачивать.

Больничный лист трудоспособным при обследовании и лечении. Если застрахованный, являясь трудоспособным, нуждается в обследовании и лечении, то все эти мероприятия нужно проводить в нерабочее время и выдача больничных листов в этих случаях запрещается. ВЦСПС и Министерство здравоохранения СССР в своем письме от 28 января 1969 г. «О мерах по улучшению экспертизы временной нетрудоспособности и усилению контроля за правильностью выдачи больничных листов в лечебно-профилактических учреждениях» обязали министров здравоохранения союзных республик, заведующих краевыми и областными отделами здравоохранения и комитеты профсоюзов принять меры к тому, чтобы консультации врачей, проведение анализов, лечебных и профилактических процедур в медицинских учреждениях организовывались для трудоспособных рабочих и служащих в их свободное от работы время, в вечерние часы, в субботние и воскресные дни. Но в порядке исключения, когда необходимые исследования или процедуры могут быть произведены только в рабочее время, разрешается выдача больничного листа на дни обследования и лечения.

Больничный лист при возникновении нетрудоспособности вне места постоянного жительства и работы. Если временная нетрудоспособность наступила вне места постоянного жительства и работы (например, в командировке), листок нетрудоспособности выдается в месте его временного пребывания, но с обязательным утверждением главным врачом данного лечебно-профилактического учреждения.

Больничный лист для специального лечения в другом городе. Для специального лечения в другом городе (например, при необходимости нейрохирургического вмешательства) может быть выдан больничный лист. При этом он выдается ВКК (а если ее нет, то лечащим врачом совместно с главным врачом) с обязательным утверждением районного (городского) отдела здравоохранения. Вопрос о продлении этого больничного листа решается тем лечебным учреждением, в которое застрахованный был направлен на специальное лечение.

Больничный лист для санаторно-курортного лечения. Для санаторно-курортного лечения застрахованные используют свои очередные и дополнительные отпуска. В случае недостаточности очередного и дополнительного отпусков для лечения, проезда в санаторий и обратно на недостающее число дней может быть выдан больничный лист, но при следующих условиях:

а) если необходимость санаторно-курортного лечения установлена лечащим врачом совместно с заведующим отделением (или совместно с главным врачом); б) если путевка выдана профсоюзной организацией за счет социального страхования бесплатно или с оплатой 30% стоимости.

В таком же порядке выдается больничный лист на амбулаторное курортное лечение по курсовкам.

Больным активной формой туберкулеза, работающим инвалидам Отечественной войны I и II групп, а также другим инвалидам I и II групп из числа военнослужащих больничный лист для санаторно-курортного лечения предоставляется в том же порядке, но независимо от того, кем и за чей счет выдана путевка.

Больничные листы для санаторно-курортного лечения, за исключением лечения в туберкулезных санаториях, выдаются врачебно-консультационной комиссией, а там где ее нет, — лечащим врачом совместно с главным врачом и только до отъезда в санаторий.

При лечении в туберкулезном санатории больничные листы выдаются лечащим врачом совместно с главным врачом санатория.

Больничный лист по уходу за больным членом семьи. Выдается врачом, лечащим этого больного, если отсутствие ухода грозит осложнением в здоровье заболевшего и его невозможно госпитализировать, а в семье нет никого, кто бы мог ухаживать за больным (домашняя работница членом семьи не считается). В таких случаях больничный лист выдается на срок не более 3 дней. Продление этого больничного листа сверх 3 дней производится в исключительных случаях (в зависимости от тяжести заболевания и бытовой обстановки) лечащим врачом совместно с главным врачом и только на ограниченный срок.

Для ухода за хроническими больными и отказе родственников госпитализировать больного листок нетрудоспособности по уходу не выдается.

При заболевании ребенка в возрасте до 2 лет матери выдается больничный лист независимо от того имеется ли другой член семьи, могущий ухаживать за больным ребенком.

В случае госпитализации ребенка матери больничный лист выдается лишь при условии, что ее пребывание в стационаре по уходу за больным ребенком является безусловно необходимым.

Больничный лист по карантину. Выдается застрахованному врачом-эпидемиологом, а в случае его отсутствия — санитарным или лечащим врачом вследствие заразного заболевания среди окружающих его лиц. Сроки изоляции лиц,

соприкасавшихся с заразными больными, утверждены Наркомздравом СССР 1 августа 1940 г.

Больничный лист при отстранении от работы вследствие заразного заболевания. Больничные листы в связи с некоторыми заразными заболеваниями, не приводящими к снижению трудоспособности, выдаются работникам по хранению, обработке и продаже пищевых продуктов при невозможности их трудоустройства на других работах. Оплачиваются такие больничные листы как при общем заболевании.

К заразным заболеваниям в этих случаях, согласно Приложению I к п. 14 «Положения о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию», относятся: а) открытые туберкулезные язвы и свищи; волчанка на открытых частях тела; б) туберкулез легких с выделением содержащей бациллы мокроты; в) сифилис с различными проявлениями болезни; г) актиномикоз с изъязвлениями и свищами на открытых местах тела; д) воспалительные острые процессы глаз заразного происхождения; е) кожные заразные заболевания.

Больничный лист при протезировании с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия. При нуждености больного в протезировании больничный лист выдается не более чем на 30 дней только при помещении его для этой цели в стационар протезно-ортопедического предприятия.

Больничный лист при временном переводе на другую работу в связи с заболеванием туберкулезом или профессиональным заболеванием. Если больной туберкулезом или профессиональным заболеванием (по списку профессиональных заболеваний, утвержденному Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС) временно нетрудоспособен по своей обычной работе, но может без ущерба для здоровья выполнять другую работу, то решением ВК.К^{он} временно переводится на эту работу с выдачей больничного листа. Последний выдается для получения пособия, если временная новая работа оплачивается ниже, чем постоянная; такой больничный лист еще называется «трудовым», «доплатным» (для доплаты к среднему заработку).

Больничный лист при временном переводе на другую работу выдается сроком не более двух месяцев с соблюдением при этом сроков выдачи больничных листов, установленных инструкцией, т. е. одновременно не более чем на 10 дней.

Больничный лист при беременности и родах. При беременности и родах больничный лист выдается врачами женских консультаций или акушерами-гинекологами лечебных учреждений. При отсутствии таких специалистов больничный лист выдается врачом, ведущим общий прием.

При этом больничный лист выдается на 56 календарных дней до родов и на такой же срок после родов. В случае патологических родов или рождения двух и более детей листок нетрудоспособности после родов предоставляется до 70 календарных дней.

ПОСОБИЯ ПО БОЛЬНИЧНЫМ ЛИСТАМ

Больничный лист, являясь юридическим документом, помимо освобождения от работы, дает право на денежное пособие по временной нетрудоспособности. При этом размеры пособий зависят от причин временной утраты трудоспособности, и это необходимо отметить в листке нетрудоспособности.

Размеры пособий при временной нетрудоспособности по общему заболеванию зависят от непрерывного стажа работы на одном и том же предприятии или учреждении.

Непрерывный стаж работы (в годах)	Размер пособия в % от заработка
До 3	50
От 3 до 5	60
> 5 » 8	80 (70)
» 8 и более	100 (90)

* В скобках указаны размеры пособий колхозникам.

Рабочим, служащим и колхозникам, не достигшим 18 лет, пособие по больничному листу выдается в "Количестве 60% заработка.

Работающим инвалидам Отечественной войны при временной утрате трудоспособности пособие по больничному листу выдается в размере 100% заработка независимо от непрерывного стажа работы.

Работающим инвалидам, независимо от причины инвалидности, пособие по временной нетрудоспособности при общем заболевании выдается не более двух месяцев подряд, а в общей сложности не более трех месяцев в календарном году. Если временная нетрудоспособность наступила у инвалида в связи с профессиональным заболеванием, пособие выдается до выздоровления или пересмотра (повышения) группы инвалидности в связи с новым заболеванием.

Не членам профсоюза пособие по государственному социальному страхованию выдается в половинном размере против указанных выше норм.

В случае временной потери трудоспособности вследствие профессионального заболевания или трудового увечья пособия по больничному листу трудящимся, в том числе и не

членам профсоюза, выдаются в размере 100% заработка, независимо от непрерывного стажа работы.

Пособие по уходу за заболевшим членом семьи, при карантине и при отстранении от работы вследствие заразного заболевания (в соответствии с указанными выше правилами) выдаются так же, как и при общем заболевании.

Пособие по «доплатному» больничному листу исчисляется на общих основаниях, но выдается в таком размере, чтобы вместе с заработком на временной работе оно не превышало полного фактического заработка по постоянной работе.

В положении «О порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию» предусмотрено лишение пособия в случае умышленного причинения вреда своему здоровью с целью уклонения от работы и других обязанностей, симуляции, нарушения режима, предписанного врачом больному в больничном листе, неявки без уважительной причины на врачебный осмотр в указанный срок или на освидетельствование во ВТЭК, а также выезда в период временной нетрудоспособности в другую местность без согласия лечащего врача или без направления ВКК.

Одиноким застрахованные, у которых возникло заболевание или травма вследствие опьянения, лишаются пособия на весь период нетрудоспособности, а семейные — на первые 10 дней. Начиная с одиннадцатого дня нетрудоспособности пособие им выдается в половинном размере.

СПРАВКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Временная нетрудоспособность застрахованного и, следовательно, освобождение его от работы удостоверяется только больничным листом, кроме некоторых случаев, а именно:

1. При утрате трудоспособности в связи с бытовой травмой на первые 5 дней нетрудоспособности выдается справка, а начиная с 6-го дня нетрудоспособности — больничный лист.

2. При обращении в связи с заболеванием во время работы в ночное время, когда в здравпункте предприятия дежурит только средний медицинский персонал и т. д., как это изложено выше в разделе «Заполнение больничного листа*».

3. Для ухода за здоровыми детьми, например, в случае болезни матери, при наложении карантина на ясли, на детский сад, на данного ребенка и т. д. В этих случаях застрахованному члену семьи, ухаживающему за ребенком, выдается справка о болезни матери или о карантине.

4. При нетрудоспособности в связи с операцией аборта не по медицинским показаниям на первые 10 дней женщинам, заработок которых превышает 60 рублей в месяц.

5. Работникам ряда производств и профессий, которые по приказу министра здравоохранения СССР № 400 от 30 мая 1969 г. подлежат обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам.

При возникновении подозрения на заболевание обследуемый может быть госпитализирован в соответствующий стационар. За период обследования вышеуказанному работнику выдается справка о времени пребывания в стационаре, по которой предприятие выплачивает ему деньги из расчета его среднего заработка.

6. Аналогичные справки выдаются допризывникам в случае стационарного их обследования.

7. Кроме застрахованных, справки, удостоверяющие нетрудоспособность, выдаются аспирантам, студентам, учащимся ремесленных училищ и школ ФЗО в случае их болезни, на основании которых они освобождаются от занятий.

Г л а в а I V

ЭКСПЕРТИЗА ПОСТОЯННОЙ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ПОТЕРИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ ОБ ИНВАЛИДНОСТИ

Постоянная или длительная потеря трудоспособности приводит к инвалидности. Под инвалидностью следует понимать такое стойкое нарушение трудоспособности, вызванное болезнью или травмой, которое приводит к необходимости прекращения профессионального труда на продолжительный период или требует значительного изменения его условий. В последнем случае имеется в виду снижение квалификации или сокращение объема производственной деятельности. Таким образом, инвалидность устанавливается при хронических заболеваниях или последствиях острых заболеваний и травм с выраженными нарушениями функций организма, которые, несмотря на проведенное лечение, привели к постоянной или длительной потере трудоспособности.

Установлением инвалидности занимается врачебно-трудовая экспертная комиссия, однако врачи лечебных учреждений должны знать критерии определения стойкой утраты трудоспособности, так как они первые решают вопрос о показаниях к направлению больного во ВТЭК. С этой целью, помимо развернутого диагноза заболевания, необходимо учитывать частоту обращаемости больного в поликлинику, лечение в стационаре, эффективность проведенной терапии и т. п. Следовательно, установление инвалидности основывается на изучении динамики заболевания и начинается в лечебном учреждении.

Инвалидность — понятие не только медицинское, но и социальное. Выяснение социального фактора (характер и условия труда и т. д.) имеет большое значение в установлении инвалидности.

Инвалидность — понятие динамическое, так как находится в прямой зависимости от состояния здоровья, в котором могут наблюдаться и улучшения и ухудшения. Динамика заболевания и социального фактора должна учитываться не только во ВТЭК, но прежде всего лечашим врачом. Он первым решает вопрос о целесообразности повторного освидетельствования инвалида во ВТЭК.

Инвалидность — понятие также юридическое, так как является основанием для прекращения работы либо значительного изменения ее условий с правом на получение государственной пенсии и ряда льгот. В связи с этим к документации ВТЭК предъявляются особые требования.

ФОРМЫ ДОКУМЕНТОВ ВТЭК

Направление на ВТЭК (утвержденное Министерством здравоохранения СССР 16 июля 1960 г.) заполняется лечащим врачом больного и подписывается председателем ВКК и его членами.

Лицевая сторона листка

НАПРАВЛЕНИЕ НА ВТЭК

№ истории болезни или шифр _____

1. Фамилия, имя, отчество больного _____
2. Год рождения _____
3. Адрес больного _____
4. Инвалид _____ группы
5. Место работы _____
6. Адрес работы _____
7. Профессия _____
8. Должность _____
9. Наименование учреждения, направившего больного _____
10. Под наблюдением направляющего лечебного учреждения с _____
11. История настоящего заболевания (начало, развитие, течение, даты обострений, проведенные лечебно-профилактические мероприятия) _____

12. Не работал по болезни за последние 6 месяцев

С какого по какое число месяца	Название болезни

13. Изменение работы или условий работы за последний год _____
14. Состояние больного при посылке во ВТЭК (общее состояние, состояние кожи, подкожной клетчатки, мышц, костей суставов, органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеполовых, нервно-психической сферы) _____
15. Рентгенологическое исследование _____

Линия отреза

ОТРЫВНОЙ ТАЛОН ПОСЫЛЬНОГО ЛИСТКА НА ВТЭК

№ истории болезни или шифр _____

1. Наименование лечебного учреждения, куда направлен отрывной талон и его адрес _____
2. Фамилия, имя, отчество больного _____

16. Данные лабораторных исследований _____
17. Диагноз при направлении во ВТЭК: а) основное заболевание (для больных — клиническая характеристика по принятой классификации) _____

- б) сопутствующие заболевания _____
- в) осложнения _____

18. Основание для направления во ВТЭК (подчеркнуть):
Наличие признаков инвалидности: окончание срока инвалидности — переосвидетельствование, досрочное переосвидетельствование.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ВКК _____

ЧЛЕНЫ ВКК _____

Дата _____ 19__ г.

Линия отреза

3. Дата освидетельствования ВТЭК _____
4. № акта _____
5. Диагноз ВТЭК _____
6. Заключение ВТЭК _____
7. Рекомендуемое трудоустройство _____

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ВТЭК _____

Дата отправки _____ 19__ г.

(Заполненный отрывной талон возвращается председателю ВКК)

«Акт освидетельствования» заполняется врачом ВТЭК и является важным документом, имеющим большую юридическую силу. В акте ВТЭК диагноз основного и сопутствующего заболеваний с обязательным отражением степени выраженности функциональных нарушений должен быть обоснован четким изложением анамнеза, данными объективного и лабораторно-инструментального исследований, а также консультациями врачей других специальностей. Особое внимание уделяется выяснению основной профессии, т. е. профессии, приобретенной путем специального образования. Этот вопрос очень важен, так как если неверно определить основную профессию, будет вынесено неправильное экспертное заключение. Также важно выяснить особенности выполняемой работы. Эти данные собираются и вносятся в акт медицинского освидетельствования лично экспертом. После установления диагноза решается вопрос о трудовой рекомендации. Последняя должна быть четкой, исходить из основной профессии больного и исключать противопоказания, которые имеются в его работе. Если труд больному не противопоказан, то рекомендуется новая специальность с учетом вышесказанного. Завершением акта ВТЭК является клинико-экспертное обоснование группы и причины инвалидности.

АКТ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ № _____
от « _____ » _____ 19__ г.

_____ района Свидетельствуется впервые, повторно
_____ города (подчеркнуть). Фамилия _____
_____ области Имя _____ Отчество _____
при _____ поликлинике Год рождения _____
(больнице, диспансере)
Образование _____ специальное _____
(высшее, среднее, низшее)
Домашний адрес _____

ВЫПОЛНЯЕМАЯ РАБОТА

В хронологическом порядке приводится полный перечень
занятий и профессий по данным трудовой книжки

Кем работал до инвалидности	С какого и по какой год	Кем работал после установления инвалидности	С какого и по какой год
1. _____	с 19__ по 19__	1. _____	с 19__ по 19__
2. _____	с 19__ по 19__	2. _____	с 19__ по 19__
3. _____	с 19__ по 19__	3. _____	с 19__ по 19__
4. _____	с 19__ по 19__	4. _____	с 19__ по 19__
5. _____	с 19__ по 19__	5. _____	с 19__ по 19__

Основная профессия (уточняется председателем ВТЭК) _____
Последнее место работы (наименование предприятия) _____
Последняя должность или выполняемая работа _____
Среднемесячный заработок по этой работе _____
Не работает с _____ по причине _____
(год, месяц) (по данным трудовой книжки
или другим документам)
Как справляется с работой _____
(по данным производственной характеристики)

Особенности выполняемой работы _____
(продолжительность работы; режим
труда; рабочая поза; степень физического и нервно-психического напряжения;
разъезды; командировки; дополнительные нагрузки; материальная ответственность;
гигиенические условия; пыль; шум; горячий цех; сырость; воздействие токсических
веществ и т. п.)

Получает ли пенсию: да, нет (подчеркнуть) по _____ группе
_____ размер _____ руб. _____
(причина инвалидности)
Условия быта и состав семьи _____
Жалобы больного _____
Клинико-трудовой анамнез _____
Установка больного _____
(продолжать работу в облегченных условиях;
оставить работу и перейти на инвалидность и т. п.)

Данные лабораторных и рентгенологических исследований _____
Данные наблюдений лечебных учреждений. Результаты дополнительных
специальных исследований _____

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ *

(с обязательным описанием функционального состояния)

Данные эксперта-терапевта _____
Данные эксперта-хирурга _____
Данные эксперта-невропатолога и психиатра _____
Данные врачей других специальностей _____

ДИАГНОЗЫ ВТЭК (по-русски)

(с указанием степени выраженности функциональных нарушений)

Основной _____
Сопутствующие _____

ЭКСПЕРТНОЕ РЕШЕНИЕ ВТЭК

(инвалидом не признан; нуждается в ограничениях, предоставляемых лечебно-
профилактическими учреждениями; временно нетрудоспособен)

ДЛЯ ЛИЦ, ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ

1. Группа инвалидности _____
(прописью)
2. Причина инвалидности _____
(прописью в одной из принятых формулировок)

(общее или профессиональное заболевание; трудовое увечье; инвалид-
ность с детства; ранение, контузия, увечье, полученное в боях или при
исполнении других обязанностей на военной службе; заболевание, связан-
ное с пребыванием на фронте; ранение или заболевание, полученное в
период пребывания в партизанском отряде или в плену, увечье, получен-
ное в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязан-
ностей военной службы, или заболевание, не связанное с пребыванием на
фронте).

* Заполняется лично каждым специалистом.

Обоснование экспертного решения о группе и причине инвалидности с перечнем документов, послуживших основанием для установления причинной связи _____

3. Трудовая рекомендация:

а) показанные и противопоказанные условия труда _____

б) примерные виды работ _____

в) рекомендуемое профобучение или переквалификация _____

4. Мероприятия по восстановлению трудоспособности (лечение, протезирование и т. п.) _____

5. Срок переосвидетельствования « ____ » _____ 19__ г.

Особые отметки _____

Экспертиза начата « ____ » _____ 19__ г.

» окончена « ____ » _____ 19__ г.

Выдана справка серия _____ № _____

Шифр по форме № 9

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ВТЭК _____
подпись _____ фамилия _____

ЧЛЕНЫ КОМИССИИ: 1. _____
подпись _____ фамилия _____
2. _____
подпись _____ фамилия _____

Помимо этого документа, юридическое значение имеет выписка из акта освидетельствования со справкой ВТЭК, в которой указывается группа, причина инвалидности, трудовая рекомендация и время переосвидетельствования во ВТЭК или факт установления группы инвалидности бесспорно.

ВЫПИСКА ИЗ АКТА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

СПРАВКА серия КЧ-67 № 275523

(Пересылается в отдел социального обеспечения на предмет пенсионирования)

ВТЭК _____ района _____ обл. № акта _____

Дата освидетельствования « ____ » _____ 19__ г.

Ф. _____ И. _____ О. _____

Год рождения _____ Домашний адрес _____

Основной диагноз _____

Группа инвалидности _____ (прописью)

Причина инвалидности _____

ТРУДОВАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ

(указать условия и примерные виды труда)

Может выполнять работу, например: _____

Подлежит направлению на обучение по профилю _____

Может быть приспособлен к работе _____

при создании условий _____

Срок переосвидетельствования « ____ » _____ 19__ г.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ВТЭК _____

(М. П.)

СЕКРЕТАРЬ ВТЭК _____

Действительна до установления срока переосвидетельствования

МИНИСТЕРСТВО

СПРАВКА серия КЧ-67 № 275723

СОЦИАЛЬНОГО

(выдается на руки инвалиду)

ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Гр. _____

УССР

(фамилия, имя и отчество)

Год рождения _____ акт. № _____

(название обл.)

Освидетельствован _____ 19__ г.

(число, месяц)

ВТЭК

Признан инвалидом _____ группы

прописью

(при)

Причина инвалидности: _____

(указывается прописью,

полickl. _____

исходя из установленных формулировок)

б-це _____

диспансере _____

« ____ » _____ 19__ г.

(Инвалидов военной службы.

Инвалидов труда и др.)

Заболевание связано с пребыванием (получено) на фронте, в партизанском отряде, плену, имело место в период прохождения военной службы. Ранение, контузия, несчастный случай: получено в боях при защите СССР, при исполнении обязанностей военной службы, в период пребывания в партизанском отряде, в период прохождения военной службы. Заболевание: общее, профессиональное, с детства. Травма, увечье связано с производством, не связано с производством.

ТРУДОВАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ

(указать условия и примерные виды труда)

Может выполнять работу, например: _____

Подлежит направлению на обучение (по какому профилю) _____

Может быть приспособлен к работе _____

при создании условий _____

(для инвалидов I и II групп)

Срок переосвидетельствования _____

« ____ » _____ 19__ г.

(М. П.) ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ВТЭК _____

СЕКРЕТАРЬ ВТЭК _____

Решение ВТЭК о видах и условиях труда инвалидов является обязательным для руководителей предприятий, учреждений, совхозов и колхозов, которые несут персональную ответственность за выполнение рекомендаций ВТЭК, а также обязаны при соответствующем заключении ВТЭК предоставить работу инвалидам на тех предприятиях, в учреждениях, где они работали до наступления инвалидности.

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ

При установлении инвалидности ВТЭК руководствуется «Инструкцией по определению групп инвалидности», утвержденной Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС в 1956 г. В основу этой инструкции положена трехгрупповая классификация инвалидности 1932 г. с изменениями и дополнениями последующих лет. Согласно инструкции, в зависимости от тяжести заболевания, выраженности функциональных нарушений, клинического и трудового прогнозов, определяют первую, вторую или третью группу инвалидности..

При освидетельствовании колхозников ВТЭК, руководствуясь «Законом о пенсиях и пособиях членам колхозов», принятым Верховным Советом СССР 15 июля 1964 г., другими официальными документами и Указом Президиума Верховного Совета СССР от 1971 г. «О мерах по дальнейшему улучшению пенсионного обеспечения колхозников» может устанавливать им группу инвалидности, в соответствии с которой они получают право на пенсию.

Однако при наступлении инвалидности вследствие общего заболевания колхозникам устанавливается только I или II группа инвалидности. В тех случаях, когда нет оснований для установления этих групп инвалидности, но колхозник по состоянию здоровья нуждается в создании значительно облегченных условий труда, лечебное учреждение дает ему соответствующую трудовую рекомендацию.

Это положение не распространяется на председателей, главных специалистов и механизаторов колхозов. Для них применяется трехгрупповая система инвалидности, как для рабочих и служащих.

Определение I группы инвалидности. Основанием для установления инвалидности I группы служат такие нарушения функций организма, вызванные хроническими болезнями или тяжелым анатомическим дефектом, когда больные не могут себя обслуживать. Они нуждаются в постоянной помощи и уходе или надзоре.

Следует дифференцировать этот критерий I группы инвалидности от временной нужды в постороннем уходе при остром заболевании или обострении хронического. Примерами тяжелых нарушений функции внутренних органов, приводящих к инвалидности I группы, могут служить недостаточность кровообращения III стадии вследствие кардиосклероза миокардитического или атеросклеротического, тяжелая почечная недостаточность, как результат хронического диффузного нефрита.

Таким образом, I группа инвалидности устанавливается лицам, у которых наступила полная постоянная или дли-

тельная потеря трудоспособности и которые нуждаются в постоянном постороннем уходе, помощи или надзоре.

Инвалидность I группы устанавливается также лицам, которые, несмотря на стойкие резко выраженные функциональные нарушения и нуждаемость в постоянной посторонней помощи или уходе, могут быть приспособлены к отдельным видам трудовой деятельности в особо организованных индивидуальных условиях (специальные цехи, работа на дому и др.). Пример: стойкий паралич или высокие ампутированные дефекты нижних конечностей и др.

Инвалиды I группы — наиболее тяжелый контингент, но среди больных, впервые признанных инвалидами, их удельный вес сравнительно невысок. Свыше 90% инвалидов I группы проходят переосвидетельствование дома, заочно или им группа инвалидности устанавливается бессрочно.

По нозологическим формам первое место занимают злокачественные новообразования, затем следуют заболевания сердечно-сосудистой, нервной систем, туберкулез и др.

Установление I группы инвалидности не встречает затруднений. Поэтому экспертные ошибки при установлении этой группы инвалидности возникают редко. Чаще всего это недооценка тяжести состояния больных (при злокачественных новообразованиях и др.) и лишь иногда переоценка состояния вследствие агравации.

Определение II группы инвалидности. Основанием для определения II группы инвалидности являются полная постоянная или длительная нетрудоспособность в результате значительно выраженных нарушений функций организма, которые, однако, не требуют постоянной посторонней помощи, ухода или надзора.

При определении II группы инвалидности учитываются следующие критерии соответствия основных функций организма к требованиям трудовой деятельности:

1. Труд недоступен вследствие выраженных функциональных нарушений. Пример: поражение клапанного аппарата сердца или миокарда с недостаточностью кровообращения II—III стадии. Экспертное решение ВТЭК: II группа инвалидности. Общее заболевание.

Обоснование: выраженные функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы делают недоступными больному все виды труда. Переосвидетельствование через год.

2. Труд противопоказан из-за возможности ухудшения состояния здоровья под влиянием трудовой деятельности. В данном случае неблагоприятный клинический прогноз является основным критерием противопоказания к труду (быстро прогрессирующее течение заболевания и пр.).

3. Труд не противопоказан, но доступен лишь в специально созданных условиях: в специальных для инвалидов цехах с особым режимом труда, работа на дому с индивидуальным ритмом и т. п. Пример: выраженная агастральная астения после резекции желудка по поводу язвенной болезни; болевой синдром, выраженные нарушения питания. Экспертное решение ВТЭК: II группа инвалидности. Общее заболевание. Обоснование, выраженные явления агастральной астении, упадок питания дают возможность выполнять работу только в специально созданных условиях. Трудовая рекомендация: может работать на дому или в специально созданных условиях на производстве.

Инвалиды II группы по удельному весу составляют несколько более половины всех инвалидов.

По нозологическим формам среди инвалидов II группы на первом месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы, затем злокачественные новообразования, туберкулез и др.

Эта группа инвалидности довольно стабильна и при переосвидетельствовании обычно подтверждается. Но в ряде случаев, при улучшении функционального состояния организма, инвалидов из II группы переводят в III группу (если II группа не дана бессрочно). Имеет место также перевод из II в I группу инвалидности. В основном же инвалиды II группы представляют тяжелый контингент больных, из которых лишь небольшая часть может приспособиться к работе в специально созданных условиях.

При определении II группы инвалидности чаще возникают ошибки, чем при установлении I группы. Причинами ошибочных экспертных решений чаще всего являются:

1) установление II группы инвалидности лицам, являющимся временно нетрудоспособными и нуждающимися в продолжении лечения (больные после острых заболеваний, например, инфаркта миокарда);

2) недооценка тяжести клинического прогноза, т. е. те случаи, когда больные фактически являются инвалидами I группы (при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразованиях и пр.);

3) переоценка тяжести состояния больных, которые являются лишь ограниченно трудоспособными.

Эти ошибочные экспертные решения в основном обусловлены тем, что недостаточно учитывается динамика клинического и трудового прогнозов.

Определение III группы инвалидности. Основанием для установления III группы инвалидности является значительное снижение трудоспособности вследствие нарушений функций организма, вызванных хроническими заболеваниями или анатомическими дефектами. При определении

III группы инвалидности используются следующие медицинские и социальные критерии.

Критерий «А» — необходимость перевода на работу более низкой квалификации вследствие невозможности из-за состояния здоровья продолжать работу по своей прежней профессии (специальности). С этой целью, помимо динамического исследования состояния здоровья больного, изучаются в хронологическом порядке все профессии, которыми он владел с начала своей трудовой деятельности. В результате определяется основная профессия, которая была приобретена путем специального образования, требует более высокой квалификации и в которой больной работал более длительное время. Иногда этот вопрос трудно решить, если больной часто менял профессии. Критерий заработка, подтверждающего наличие снижения квалификации, не является решающим. Если больной окончил училище, техникум, институт и т. д., но еще не начал работать и не имеет стажа по данной специальности, то ему все же дается III группа инвалидности.

Ниже приведен пример установления III группы инвалидности по критерию «А».

Диагноз: ревматизм в неактивной фазе; недостаточность митрального клапана; миокардитический кардиосклероз, недостаточность кровообращения I стадии.

Профессия каменщик.

Экспертное заключение: — III группа инвалидности. Общее заболевание.

Обоснование: принимая во внимание функциональные нарушения (недостаточность кровообращения I стадии), а также факт, что в основной профессии больного имеются противопоказанные факторы, усугубляющие заболевание, следует считать больного ограниченно трудоспособным. Рекомендуемая работа ведет к снижению квалификации.

Трудовая рекомендация: может выполнять работу, связанную лишь с небольшой физической нагрузкой, сидя, в теплом помещении (кладовщик, слесарь по раздаче инструментов и пр.).

Критерий «Б» — вынужденное по состоянию здоровья значительное изменение условий работы в своей профессии, которые приводят к значительному сокращению объема производственной деятельности и тем самым к снижению квалификации.

Ниже приведен пример установления III группы инвалидности по критерию «Б».

Диагноз: Церебральный атеросклероз со снижением памяти и сужением объема внимания.

Профессия: главный бухгалтер.

Экспертное заключение: III группа инвалидности.

Обоснование: имеющиеся функциональные нарушения со стороны центральной нервной системы значительно ограничивают трудоспособность больного в основной его профессии главного бухгалтера, поэтому необходимо снижение объема производственной деятельности, что ведет к снижению квалификации.

Трудовая рекомендация: работа в основной профессии, но со значительным уменьшением объема трудовой деятельности, т.е. работа бухгалтера небольшого учреждения.

В трудовой рекомендации при установлении III группы инвалидности по критерию «Б» может быть предусмотрено сокращение рабочего дня, т. е. переход на половину ставки и т. п.

Критерий «Б» требует четкой дифференциации с возможностями предоставления некоторых облегченных условий труда по заключению ВКК при сохранении больным трудоспособности в своей профессии.

Критерий «В» — значительное ограничение возможности трудового устройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц малой квалификации или ранее не работавших.

Пример установления III группы инвалидности по критерию «В».

Диагноз: язвенная болезнь средней тяжести с локализацией в двенадцатиперстной кишке, с частыми обострениями, болевым синдромом и упадком питания.

Профессия: отсутствует.

Экспертное заключение: III группа инвалидности.

Обоснование: принимая во внимание выраженные функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь), отсутствие трудовых навыков, специального образования, круг доступных работ сужен.

Трудовая рекомендация: может выполнять работу, связанную лишь с незначительным физическим напряжением, преимущественно сидя (легкие ручные работы на предприятиях, применяющих труд инвалидов, лифтеров, сторожей внутри помещения).

Критерий «Г». Это единственный критерий, где социальный фактор не имеет значения. По этому критерию инвалидность дается при наличии выраженного анатомического дефекта, независимо от того, может или не может больной работать. Существует специальный перечень таких дефектов.

Удельный вес инвалидов III группы из года в год снижается. Это явление можно объяснить успехами восстановительного лечения, профилактики, а также тем, что врачи лечебных учреждений через ВКК чаще и грамотнее используют право перевода больных на облегченные условия труда без снижения квалификации. В результате число больных, которым раньше необоснованно устанавливалась III группа инвалидности, уменьшилось.

Из нозологических форм среди инвалидов III группы на первом месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы.

При установлении III группы инвалидности могут встречаться следующие экспертные ошибки:

1) установление инвалидности больным с временной нетрудоспособностью, нуждающимся в долечивании;

2) установление инвалидности больным, которые нуждаются в создании некоторых облегченных условий труда;

3) установление инвалидности больным, которые в своей профессии полностью трудоспособны.

Необоснованное установление инвалидности приводит к неоправданному расходованию государственных средств, а иногда является причиной сутяжного развития личности. Поэтому необходимо весьма ответственно подходить к направлению больного на ВТЭК, его первичному освидетельствованию и очередным переосвидетельствованиям во ВТЭК. Экспертные решения должны выноситься с учетом динамики медицинского и социального критериев.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ

Установление причин инвалидности является ответственной, нередко трудной задачей ВТЭК, так как от этого зависит размер пенсии и ряд льгот.

Согласно существующему положению, устанавливаются следующие причины инвалидности:

- 1) инвалидность вследствие общего заболевания;
- 2) инвалидность в связи с профессиональным заболеванием;
- 3) инвалидность от трудового увечья;
- 4) инвалидность с детства;
- 5) инвалидность у бывших военнослужащих.

При определении причины инвалидности, помимо данных соответствующего клинического обследования, используются справки лечебных учреждений, акт 6 несчастном случае, свидетельство о болезни в период прохождения военной службы и т. п.

Причина инвалидности заносится в соответствующую графу акта медицинского освидетельствования ВТЭК, в справку ВТЭК, выдаваемую инвалиду, и в отрывной листок справки, направляемый в органы социального обеспечения или военкоматы.

ИНВАЛИДНОСТЬ ОТ ОБЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Под инвалидностью от общего заболевания понимают постоянную или длительную потерю трудоспособности, возникшую во время работы или учебы (в средних специальных или высших учебных заведениях), но не связанную с профессиональными вредностями, увечьем на производстве, заболеванием с детства или в период пребывания на военной службе (ревматизм, гипертоническая болезнь, цирроз печени и др.).

Право на социальное обеспечение по инвалидности от общего заболевания обусловлено стажем работы, продолжительность которого находится в зависимости от возраста, по-

ла и условий труда (обычные и вредные условия труда, работы подземные, в горячих цехах). У учащихся средних специальных и высших учебных заведений время учебы приравнивается к рабочему стажу.

Рабочим и служащим при назначении пенсии от общего заболевания продолжительность стажа работы учитывается, начиная с 2 лет. Ставшим инвалидами вследствие общего заболевания до достижения 20 лет пенсия назначается независимо от стажа работы, если инвалидность наступила в период работы или после ее прекращения.

В случае наступления инвалидности до начала трудовой деятельности пенсия назначается при наличии стажа работы не менее одного года.

Колхозникам, не достигшим 20 лет, пенсии по инвалидности от общего заболевания назначаются при наличии одного года стажа работы.

Размер пенсии при инвалидности от общего заболевания зависит от группы инвалидности, условий труда и среднемесячного заработка до инвалидности.

В табл. 1 приведены минимальный и максимальный варианты размера пенсии в зависимости от группы инвалидности вследствие общего заболевания.

Таблица 1

Группа инвалидности	Размер пенсии в рублях	
	минимальный*	максимальный
I	50(30)	90
II	30(20)	60
III	16	40

* В скобках здесь и в следующей таблице приведены минимальные размеры пенсий колхозникам-инвалидам. Максимальные размеры пенсий им устанавливаются на уровне общем для рабочих и служащих.

ИНВАЛИДНОСТЬ В СВЯЗИ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Профессиональное заболевание развивается под влиянием длительного и систематического вредного воздействия условий труда, свойственных данной профессии или характерных для данного производства в целом. Например, кессонная болезнь у водолазов, работающих в условиях повышенного атмосферного давления, вибрационная болезнь у рабочих на пневматических и других вибрирующих инструментах, пневмокониозы у рабочих литейных производств, горнорабочих и т. д.

Для установления причины инвалидности вследствие профессионального заболевания необходимо пользоваться «Спи-

ском профессиональных заболеваний» и «Инструкцией по применению списка профессиональных заболеваний», утвержденными Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС 25—26 февраля 1970 г.

Согласно этим документам, причина инвалидности вследствие профессионального заболевания устанавливается тогда, когда воздействие профессиональных вредностей явилось безусловным и единственным этиологическим моментом заболевания с последующей инвалидностью. При вынесении экспертного решения о причинной связи инвалидности с профессиональным заболеванием всегда необходимо установить, достаточен ли стаж работы освидетельствованного в условиях профессиональных вредностей, чтобы вызвать развитие соответствующего заболевания. Важное значение приобретает также характер клинического течения заболевания, приведшего к инвалидности. -

Таким образом, в методике установления инвалидности в связи с профессиональным заболеванием необходимо обязательно учитывать такие критерии, как профессиональный анамнез, особенности клинических форм заболевания и данные санитарно-гигиенической характеристики условий труда освидетельствуемых.

Инвалидность вследствие профессионального заболевания устанавливается также в тех случаях, когда профессиональные вредности оказывают существенное значение в изменении характера течения уже имевшегося ранее заболевания непрофессиональной этиологии. Например, быстрое прогрессирование имевшегося ранее пневмосклероза у работающего в условиях загазованности раздражающими токсическими веществами производственного помещения.

Для получения пенсии по инвалидности вследствие профессионального заболевания рабочего стажа не требуется. Размер пенсии для инвалидов в связи с профессиональным заболеванием выше, чем при общем заболевании, и определяется условиями работы и группой инвалидности. Эта категория инвалидов имеет ряд льгот, в частности, инвалидам III группы вследствие профессионального заболевания пневмокониозом оказывается всемерная помощь в трудоустройстве; для лечения в специализированных отделениях санаториев . больным пневмокониозом, вибрационной болезнью выдача путевок производится, как правило, бесплатно.

ИНВАЛИДНОСТЬ ОТ ТРУДОВОГО УВЕЧЬЯ

Инвалидность от трудового увечья возникает в результате несчастного случая при выполнении трудовых обязанностей (в том числе и в командировке), по пути на работу или с работы, при выполнении государственных или общественных

обязанностей и специальных заданий, при выполнении долга гражданина СССР по спасению человеческой жизни, охране социалистической собственности и правопорядка, а также при производственном обучении школьников и производственной практике студентов.

К несчастному случаю, вызвавшему инвалидность от трудового увечья, следует относить не только прямое следствие травмы, но и ее последствия, а также последствия ряда острых заболеваний в результате укуса животного, насекомого и пр. (у членов геологических экспедиций, охотников и; №) —"

Для установления причины инвалидности — «трудовое увечье» — необходимо представить во ВТЭК специальный акт, составленный предприятием или учреждением по форме и своевременно о несчастном случае, связанном с производством. Этот акт может быть заменен другим официальным документом о несчастном случае: решение суда, справка транспортной организации, пожарной охраны, милиции, лечебно-го учреждения и др.

При социальном обеспечении инвалидов от трудового увечья используются те же положения, что и в случае инвалидности вследствие профессионального заболевания.

В табл. 2 приводятся размеры пенсий, назначаемых инвалидам вследствие трудового увечья и в связи с профессио^альным заболеванием.

Таблица 2

Группа инвалидности	Размер пенсии в рублях	
	минимальный	максимальный
I	50 (35)	120
II	35(25)	90
III	21(16)	45

ИНВАЛИДНОСТЬ С ДЕТСТВА

К инвалидам с детства относятся лица, у которых инвалидность возникла в возрасте до 16 лет, и учащиеся, у которых инвалидность возникла до 18 лет. Это — дети с тяжелыми формами хронических заболеваний, приводящих к инвалидности вследствие перенесенных острых заболеваний, а также с врожденными или приобретенными физическими дефектами.

Инвалидам с детства I и II группы, достигшим 16-летнего возраста, назначается ежемесячное государственное пособие на все время инвалидности. Инвалиды с детства, которым установлена III группа инвалидности, получают право на

пенсию до 20 лет при наличии трудового стажа не менее года. После 20 лет пенсия начисляется также, как и при инвалидности вследствие общего заболевания.

Если инвалид с детства работает и в процессе работы его заболевание прогрессирует или возникает другое заболевание, то может быть повышена группа инвалидности и изменена ее причина (инвалидность с детства — на общее заболевание, профессиональное заболевание и др.).

Лицам, у которых заболевание наступило в детстве, функциональные нарушения выявились в период трудовой деятельности, причина инвалидности устанавливается как вследствие общего заболевания.

Например, у подростка с врожденным или приобретенным пороком сердца в стадии компенсации в результате трудовой деятельности возникло нарушение гемодинамики, что лишило его возможности продолжать работу в своей специальности. В этом случае причину инвалидности устанавливают как вследствие общего заболевания.

При наступлении инвалидности до 16 лет, но в то время, когда подросток уже приступил к трудовой деятельности, причину инвалидности устанавливают также как и вследствие общего заболевания, профессионального заболевания, или трудового увечья.

Все инвалиды с детства, кроме права на пенсионирование, освидетельствуются во ВТЭК и с целью рационального трудоустройства или направления в специальные учреждения Министерства социального обеспечения для профессионального обучения.'

ИНВАЛИДНОСТЬ У БЫВШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Причинная связь инвалидности со службой в армии устанавливается ВТЭК в следующих случаях:

а) инвалидность наступила в период военной службы и военнослужащие уволены из армии по болезни (ранение) в соответствии с заключением военно-врачебной комиссии;

б) инвалидность наступила в течение первых трех месяцев после демобилизации в связи с заболеванием (травмой). ВТЭК, устанавливая эту причину инвалидности, применяет следующую формулировку: инвалидность, полученная во время прохождения военной службы, но не связанная с исполнением обязанностей военной службы;

в) инвалидность наступила позднее трех месяцев после демобилизации, но вследствие заболевания (ранения) в период военной службы. В этом случае ВТЭК имеет право установить причину инвалидности, не ограничиваясь никакими сроками обращения.

При установлении инвалидности у бывших военнослужащих ВТЭК применяет следующие формулировки:

1) ранение, контузия, увечья, полученное в боях или при исполнении иных обязанностей на военной службе;

2) заболевание, связанное с пребыванием на фронте;

3) ранение или заболевание, полученное в период пребывания в партизанском отряде или плену;

4) заболевание (ранение), не связанное с пребыванием на фронте;

5) заболевание (ранение), не связанное с использованием обязанностей военной службы.

Установление причинной связи инвалидности со службой в армии должно быть соответствующим образом документировано.

Военнослужащим рядового, сержантского и старшинского состава срочной службы пенсии по инвалидности назначаются независимо от продолжительности военной службы и предшествующей работы военнослужащего. Размеры пенсий этой категории военнослужащих зависят от причинной связи инвалидности с военной службой, предшествовавшей работе военнослужащего (с обычными, тяжелыми или вредными условиями труда), от заработка до призыва на военную службу и воинского звания.

Инвалидам Отечественной войны предоставляются довольно широкие льготы (преимущественное обслуживание в амбулаторно-поликлинических учреждениях и внеочередная госпитализация, бесплатная выдача лекарств или оплата в размере 20% их стоимости, преимущественное обеспечение жилой площадью и др.).

ИЗМЕНЕНИЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ И СРОКИ ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

Группа и причина инвалидности одновременно или порознь могут быть изменены во ВТЭК при переосвидетельствовании инвалидов. Так, инвалидность от общего заболевания может быть изменена на инвалидность вследствие профессионального заболевания и т. д. Например, у инвалида III группы от общего заболевания возникает профессиональное заболевание, резко отягощающее состояние здоровья, в результате чего всякий труд становится недоступен. В этом случае ВТЭК устанавливает II группу инвалидности по причине профессионального заболевания. Если же у инвалида III группы вследствие профессионального заболевания возникает в период работы другое, непрофессиональное (общее) заболевание, дающее основание для повышения группы инвалидности, то ВТЭК, повышая ее, причину инвалидности

сохраняет прежнюю — вследствие профессионального заболевания.

Изменение причины инвалидности, как и ее установление, требует большой ответственности, так как это влечет за собой изменение размера пенсии.

В «Положении о врачебно-трудовых экспертных комиссиях» предусмотрен порядок переосвидетельствования инвалидов I группы через 2 года, инвалидов II и III групп — через один год.

В отдельных случаях по предложению органов социального обеспечения, а также по усмотрению врачебно-трудовой экспертной комиссии инвалиды могут быть переосвидетельствованы ранее указанных выше сроков: например, при заболеваниях, где можно ожидать регрессирование процесса или наступление длительной ремиссии. Следовательно, необходимость переосвидетельствования вытекает из динамического характера инвалидности. Однако существует контингент инвалидов, для которых периодическое освидетельствование является нецелесообразным в связи со стойкими необратимыми изменениями в организме.

Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС был утвержден «Перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока переосвидетельствования». Например, в раздел «Заболевания внутренних органов» включены:

1. Гипертоническая болезнь III стадии (с органическими изменениями со стороны центральной нервной системы, глазного дна, мышцы сердца, почек).

2. Коронарная недостаточность, резко выраженная у лиц, перенесших инфаркт миокарда, со значительными изменениями сердечной мышцы и нарушением кровообращения III стадии.

3. Пороки сердца (сужение левого атрио-вентрикулярного отверстия, пороки аортальных клапанов, комбинированные пороки) при наличии стойких нарушений кровообращения III стадии.

4. Хронические заболевания легких, сопровождающиеся стойкой дыхательной недостаточностью III степени и сердечной недостаточностью.

5. Хронический нефрит при наличии стойко выраженных явлений почечной недостаточности (отеки, изостенурия, повышение артериального давления, изменение глазного дна, повышение остаточного азота крови).

6. Цирроз печени с нарушением портального кровообращения (асцит).

7. Сахарный диабет — тяжелая форма при ацетонурии и склонности к коматозным состояниям.

8. Злокачественные новообразования инкурабельные.

9. Состояние после тотальной резекции желудка Ч

10. Состояние после удаления легкого¹.

Установление группы инвалидности без переосвидетельствования допускается лишь при наблюдении за инвалидом в течение 2 лет.

В указанный перечень заболеваний включены также некоторые нервно-психические заболевания, хирургические заболевания, заболевания уха, горла и носа, поражения и заболевания глаз.

Кроме того, группа инвалидности устанавливается бессрочно:

1. Инвалидам-мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет.

2. Инвалидам, у которых срок переосвидетельствования наступает после достижения мужчинами 60 лет, женщинами — 55 лет.

3. Инвалидам I и II групп, у которых за последние 15 лет группа инвалидности не изменилась или устанавливалась более высокая группа инвалидности.

4. Мужчинам по достижении 55 лет и женщинам 50 лет, непрерывно признаваемым последние 5 лет перед достижением этого возраста инвалидами I группы.

5. Инвалидам Отечественной войны I и II групп и лицам, получившим инвалидность I или II группы при защите СССР до Отечественной войны, — независимо от возраста и времени наступления инвалидности.

6. Инвалидам Отечественной войны III группы и лицам, получившим инвалидность III группы при защите СССР до Отечественной войны, если им в последние пять лет подряд устанавливалась какая-либо группа инвалидности.

¹ Переосвидетельствованию не подлежит в случае установления третьей группы инвалидности.

Глава VI

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ И ЗАДАЧИ ВТЭК

Проведением врачебно-трудовой экспертизы при стойкой или длительной утрате трудоспособности занимается ВТЭК, находящийся в ведении органов социального обеспечения. Организация и работа ВТЭК регламентируется «Положением о врачебно-трудовых экспертных комиссиях (ВТЭК)», утвержденным для каждой союзной республики соответствующим Советом Министров.

Первичными организациями, обеспечивающими трудящихся врачебно-трудовой экспертизой, являются районные, межрайонные и городские ВТЭК. На основе экспертных заключений первичных ВТЭК трудящимся СССР в случае признания их инвалидами выплачивается установленная законом пенсия и обеспечиваются другие виды социальной помощи.

В составе первичной ВТЭК — три врача-эксперта (терапевт, хирург и невропатолог), а также представитель соответствующего отдела социального обеспечения и представитель профсоюзной организации. Эти представители являются равноправными членами экспертной комиссии, их знание условий труда и быта обследуемого обеспечивает полноту учета социальных факторов. Председателем комиссии органами социального обеспечения назначается один из врачей-экспертов. Он несет ответственность за правильную организацию работы ВТЭК, за клиническую и юридическую обоснованность решений, которые выносятся комиссией. Ни один член экспертной комиссии, в том числе и председатель ее, не имеет права единолично осуществлять экспертизу трудоспособности. Это может делать только комиссия в полном составе и только после коллективного обсуждения: Такой принцип исключает возможность субъективного, одностороннего решения вопроса о трудоспособности, создает у обследованных уверенность в объективности экспертных решений.

Наряду с первичными ВТЭК общего типа, учитывая особенности краевой патологии, организуются специализированные городские и межрайонные врачебно-трудовые эксперт-

ные комиссии (кардиологические, для экспертизы больных туберкулезом, заболеваниями и дефектами органа зрения, психическими и онкологическими заболеваниями). В составе этих ВТЭК также три врача-эксперта, двое из которых имеют специальность, соответствующую профилю комиссии, третий — смежную.

ВТЭК может иметь консультантов — квалифицированных врачей узких специальностей.

Первичные ВТЭК занимаются определением постоянной или длительной утраты трудоспособности, установлением групп, причин и времени наступления инвалидности, определяют для инвалидов доступные по их состоянию здоровья условия и характер работы, указывают мероприятия, способствующие восстановлению здоровья и трудоспособности инвалидов (восстановительное лечение, профессиональное обучение, переквалификация и др.). Не менее важной задачей первичной ВТЭК является изучение причин инвалидности в районе деятельности комиссии с последующим сообщением о результатах этого изучения органам социального обеспечения, здравоохранения, профсоюзным и другим организациям.

Первичные ВТЭК общего типа организуются на базе лечебно-профилактических учреждений, в которых имеются необходимые условия для всестороннего обследования больных, специализированные комиссии — на базе соответствующих диспансеров или больниц.

Органами социального обеспечения, помимо первичных ВТЭК, организуются областные, краевые, республиканские и центральные городские ВТЭК, которые как бы завершают структуру всей экспертной организации в области, крае, АССР и городе республиканского подчинения. Положением о ВТЭК предусмотрено, что областные (краевые, республиканские) ВТЭК несут ответственность за постановку дела врачебно-трудовой экспертизы в области (крае, АССР).

Задачами областных (республиканских, краевых, центральных городских) врачебно-трудовых экспертных комиссий, согласно положению о ВТЭК, являются:

- 1) внедрение в практику работы общих и специализированных первичных ВТЭК новых принципов и методов экспертизы трудоспособности, разрабатываемых научно-исследовательскими институтами трудоспособности;
- 2) осуществление мероприятий по повышению экспертной квалификации врачей первичных ВТЭК;
- 3) анализ и обобщение практики проведения экспертизы трудоспособности первичными ВТЭК;
- 4) проверка правильности и обоснованности экспертных решений первичных ВТЭК;
- 5) оказание консультативной помощи врачам-экспертам первичных ВТЭК;

6) освидетельствование лиц, обжаловавших решения первичных ВТЭК;

7) проверка актов освидетельствования первичных ВТЭК с целью контроля правильности решений первичных ВТЭК;

8) изучение динамики и причин инвалидности среди трудящихся и разработка соответствующих предложений, направленных на профилактику и снижение инвалидности.

Многогранная деятельность областной ВТЭК по выполнению возложенных на нее ответственных задач требует четкой ее организации. Поэтому положение о ВТЭК предусматривает наличие областных (краевых, республиканских и центральных городских) ВТЭК общего и специализированного профиля с составом комиссии из 4 штатных врачей-экспертов.

Областной (краевой, республиканской) или центральной городской ВТЭК руководит председатель, который, согласно положению, является главным экспертом области (края, АССР), города.

Организируются также областные (краевые, республиканские, центральные городские) ВТЭК с несколькими составами комиссий общего и специализированного профиля.

Каждый состав такой комиссии в свою очередь возглавляется председателем, который несет ответственность перед главным экспертом за всю работу своего состава комиссии. К составам экспертных комиссий общего и специализированного профиля прикреплены соответствующие первичные ВТЭК. Отделы социального обеспечения области (края, АССР, города республиканского подчинения) осуществляют контроль за работой ВТЭК через врача — старшего инспектора по врачебно-трудовой экспертизе.

Методическое и организационное руководство органами врачебно-трудовой экспертизы осуществляется отделом врачебно-трудовой экспертизы Министерства социального обеспечения союзной республики.

Г л а в а VII

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГИПЕРТОНИИ

Гипертоническая болезнь — заболевание, главным, а иногда и единственным проявлением которого является повышение артериального давления; при этом чаще всего происходит одновременное увеличение как систолического, так и диастолического давления.

Комитет экспертов ВОЗ по артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца предлагает считать давление ниже 140/90 мм рт. ст. нормальным, от 140/90 до 160/95 мм рт. ст. пограничным, а давление 160/95 мм рт. ст. и выше — повышенным. Однако должны вноситься определенные поправки в зависимости от возраста и пола. У людей в возрасте 30—40 лет артериальное давление между 140/90 и 160/95 мм рт. ст. должно уже привлекать внимание врача. Лица с такими показателями артериального давления следует брать на диспансерное наблюдение и с латентной формой заболевания (прегипертоническое состояние). У женщин повышенный уровень артериального давления обычно вызывает меньше опасений, чем такие же показатели давления у мужчин.

Гипертоническая болезнь относится к распространенным и тяжелым заболеваниям. Она примерно одинаково часто встречается среди мужчин и женщин и в различные возрастные периоды.

В связи с этим врачебно-трудовая экспертиза при гипертонической болезни имеет большое значение.

Согласно классификации А. Л. Мясникова, течение болезни делится на три стадии, но в каждой из стадий выделяются две фазы (табл. 3).

I стадия. Фаза А — латентная (прегипертоническая). Артериальное давление нормальное, повышается лишь при эмоциях, нервно-психическом перенапряжении, приеме пищи, действии холода и пр. («гиперреакторы»). Характерны быст-

рая утомляемость, повышенная возбудимость, раздражительность, плохой сон и др.

Фаза Б — переходная (транзиторная). Артериальное давление повышается лишь периодически. Появляются головные боли, шум в ушах, головокружение, сердцебиение. Признаков органического поражения мозга и внутренних органов нет. Изредка возникают гипертонические кризы, кратковременные спазмы мозговых и коронарных артерий.

II стадия. Фаза А — неустойчивая (лабильная). Артериальное давление все время повышено, но уровень его неустойчив. Типичны головные боли, головокружения, сердцебиения; иногда появляются болевые ощущения в области сердца. Нередко бывают гипертонические кризы, спазмы мозговых и коронарных артерий. Имеются признаки гипертрофии левого желудочка. Однако между фазой Б I стадии и фазой А II стадии имеются переходы, поэтому их разграничение часто носит условный характер.

Фаза Б — устойчивая (стабильная). Артериальное давление стойко и значительно повышено до 200 мм рт. ст. и более. Появляются одышка, приступы грудной жабы, нарушения мозгового кровообращения ангиоспастического характера. Гипертонические кризы приобретают более тяжелое течение. Характерны изменения глазного дна. Имеется выраженная гипертрофия левого желудочка.

Развиваются дистрофические изменения в тканях и органах.

III стадия. Фаза А — компенсированная. Функция органов нарушена резко (артериосклероз почек без нарушения фильтрации, кардиосклероз без стойкой сердечной недостаточности, склероз мозговых сосудов без выраженных нарушений мозгового кровообращения).

Фаза Б — декомпенсированная. Тяжелые нарушения функции внутренних органов: артериосклероз почек с прогрессирующей почечной недостаточностью, кардиосклероз с повторными коронарными тромбозами и сердечной недостаточностью, тромбоз мозговых сосудов с параличами и др., гипертоническая ретинопатия с понижением зрения. Артериальное давление в этой стадии может быть ниже, чем во второй («обезглавленная гипертония» после инфаркта миокарда, инсультов и т.д.).

А. Д. Мясников предлагает называть III стадию гипертонической болезни склеротической, учитывая наличие как склеротических (рубцовых) изменений в органах и тканях, так и прогрессирующего атеросклероза.

В практике врачбно-трудовой экспертизы пользуются также классификацией и номенклатурой гипертонической болезни и симптоматических гипертоний, принятой Всесоюзной конференцией терапевтов в 1951 г. (табл. 3).

Таблица 3

Классификация и номенклатура гипертонической болезни и симптоматических гипертоний

Клинические варианты по течению	ЖС	Клиническая характеристика					Варианты по преобладанию клинических проявлений
		артериальное давление	сердечно-сосудистая система	нервная система	почки	глазное дно	
1. Гипертоническая болезнь							
Гипертоническая болезнь с медленно прогрессирующим течением	I	Периодические повышения артериального давления (в течение дней, недель) с последующим понижением до нормального уровня	Жалобы часто отсутствуют; иногда сердцебиение, болевые ощущения разнообразного характера. Часто небольшой акцент второго тона на аорте. Электрокардиограмма обычно не изменена	Могут быть непостоянные головные боли и головокружения	Нет изменений мочи и концентрации способности почек	Может быть преобладающее сужение артерий сетчатки	1. Преимущественное поражение сердца. 2. Преимущественное поражение мозга. 3. Преимущественное поражение почек. 4. Смешанный вариант
	II	Неустойчивое повышение артериального давления с большим или меньшим понижением, не достигающим, однако, нормального уровня	Часто жалобы на небольшую одышку и сердцебиение. Могут быть явления коронарной недостаточности. Гипертрофия левого желудочка. Акцент второго тона на аорте. Электрокардиограмма — часто левый тип, иногда изменения интервала S — T и зубца T	Головные боли, головокружения, расстройство сна, могут быть дистрофические нарушения мозгового кровообращения	Иногда преобладающие альбуминурия, микрогематурия без нарушений концентрации способности почек	Сужение артерий сетчатки, может быть умеренное утолщение артериальных стенок и сдавление вен артериями; изредка кровоизлияния	

Клинические варианты по течению	Стадия	Клиническая характеристика				Варианты по преобладанию клинических проявлений
		артериальное давление	сердечно-сосудистая система	нервная система	почки	
Гипертоническая болезнь с быстро прогрессирующим течением	III	Стойкое повышение артериального давления; снижение возможно при сердечной недостаточности, после инфаркта миокарда, после инсультов	Часто явления коронарной и сердечной недостаточности (грудная <i>жаба</i> , инфаркт миокарда, застойные явления, сердечная астма). Электрокардиограмма — выраженные изменения интервала S — T и зубца T	Часто нарушения мозгового кровообращения вплоть до инсультов. Резкое снижение трудоспособности	Часто альбинурия, микрогематурия. Могут быть явления почечной недостаточности вплоть до азотемической уремии (артериолосклероз почек)	Стойкое сужение артерий сетчатки и сдавление вен артериями. Могут быть кровоизлияния и изменения сетчатки и соска зрительного нерва. Часто выраженный склероз артерий
		Стойкое и высокое артериальное давление (особенно диастолическое), не снижающееся даже при сердечной недостаточности или после инсультов	Заболевают преимущественно в более молодом возрасте; характерно быстрое наложение центральной нервной системы, почек, несколько реже — сердца; часто сочетание всех этих систем	*	более молодом заставив изменения пораженные	Наряду со стойким сужением артерий сетчатки и сдавливанием вен артериями часты кровоизлияния, дегенеративные изменения сетчатки и отек соска зрительного нерва с прогрессирующим снижением зрения

2. Симптоматические гипертонии

Почечные	При острых и хронических диффузных нефритах, вторичной сморщенной почке, инфарктах почек, сужениях почечных артерий (атероматоз, тромбоз, аномалия развития), сдавлениях почечной артерии (камни, опухоли почек и др.).
Обусловленные органическими поражениями центральной нервной системы	При сосудистых поражениях, энцефалитах, опухолях, травмах, кровоизлияниях мозга и др.
Гемодинамические	При понижении эластических свойств аорты (аортит, атеросклероз аорты), а также при сужении перешейка аорты, при застойных явлениях, вызванных пороком сердца, пневмосклерозом и др.
Эндокринные	При поражениях мозгового придатка, опухолях надпочечников (феохромоцитомы и др.).

Приводим примеры диагнозов, построенных в соответствии с приведенными классификациями и номенклатурой гипертонической болезни и симптоматических гипертоний.

1. *Гипертоническая болезнь, II стадия (или ПА стадия), преимущественно церебральный вариант течения.* Гипертонический криз.

2. *Гипертоническая болезнь, II стадия (или ПБ стадия), преимущественно кардиальный вариант течения.* Атеросклеротический кардиосклероз с явлениями хронической коронарной недостаточности II степени и приступами стенокардии напряжения.

3. *Гипертоническая болезнь, III стадия (или ППБ стадия), кардиально-почечный вариант течения.* Атеросклеротический кардиосклероз с явлениями хронической коронарной недостаточности II степени и приступами стенокардии покоя. Недостаточность кровообращения ПА стадии. Артериосклероз почек с явлениями почечной недостаточности II степени.

4. *Сужение перешейка аорты.* Симптоматическая гипертония.

Временная нетрудоспособность при гипертонической болезни наступает при обострении заболевания, что, как правило, сопровождается значительным нарастанием артериального давления, а также в случае возникновения кризов, явлениях левожелудочковой и коронарной недостаточности, нарушениях мозгового кровообращения и др.

В I стадии гипертонической болезни необходимость предоставления отпуска по временной нетрудоспособности возникает редко. При обострении гипертонической болезни со значительным подъемом артериального давления, что, как правило, сопровождается ухудшением самочувствия, появлением или усилением головных болей, выдается больничный лист для амбулаторного лечения. Гипертонические кризы, как показывает опыт, протекают в этой стадии гипертонической болезни по адреналовому типу и сопровождаются временной утратой трудоспособности на срок более 5—7 дней. Больные подлежат взятию на диспансерный учет.

Во II стадии гипертонической болезни при обострении заболевания, значительном нарастании артериального давления, усилении головных болей и головокружений, сердцебиении, появлении болевых ощущений в области сердца также, естественно, возникает временная нетрудоспособность. Для ликвидации этих явлений иногда требуется 1—2 нед амбулаторного или стационарного лечения. Гипертонические кризы протекают у этих больных более тяжело и длительно и требуют лечения в стационаре в течение в среднем 12—14 дней. При присоединении коронарной, сердечной недостаточности, нарушениях мозгового кровообращения и т.д., больные нуждаются в продлении соответствующего лечения в условиях стационара. Как показывает опыт, длительность такого лечения составляет не менее 3—4 нед. В дальнейшем, при отсутствии противопоказаний, больные могут направляться на санаторно-курортное лечение в кардиологические санатории, желательнее без переезда на большие расстояния и рез-

кой смены климатических поясов. При выписке из лечебного учреждения больным должны быть даны трудовые рекомендации, учитывающие профессию и условия выполняемой работы (см. ниже). В случае необходимости эти рекомендации могут быть реализованы через ВКК.

В III стадии гипертонической болезни, которая обычно характеризуется возникновением инфарктов миокарда, выраженной сердечной недостаточности, тяжелых нарушений мозгового кровообращения, развитием артериосклероза почек с прогрессирующей почечной недостаточностью и т.д., больные подлежат стационарному лечению. Продолжительность его может быть различной и зависит от тяжести указанных заболеваний и трудового прогноза, определяются показания и сроки направления этих больных во ВТЭК для установления инвалидности. Нужно помнить, что молодые люди хуже адаптируются к подъему артериального давления при гипертонической болезни, чем больные среднего и пожилого возраста. Это также следует учитывать при предоставлении отпуска по временной нетрудоспособности.

Постоянная утрата трудоспособности при гипертонической болезни зависит от стадии заболевания, варианта течения, наличия тех или иных осложнений и пр.

Больные гипертонической болезнью I стадии в подавляющем большинстве случаев трудоспособны и продолжают работать по своей профессии. Однако им противопоказана работа, требующая значительного физического напряжения, связанная с воздействием сосудистых, аноксических ядов и проникающей радиации. Больным гипертонической болезнью становится трудно выполнять работу, связанную с быстрым темпом, нагибанием туловища, подъемом на высоту. Они плохо переносят работу в горячих цехах, при резко пониженной температуре или значительных колебаниях ее. Отрицательно действует на большинство больных шум в производственных помещениях. Работа, связанная со значительным нервно-психическим напряжением, ночными сменами, также должна считаться противопоказанной.

Однако ввиду широкого круга доступных профессий, больные гипертонической болезнью I стадии, как правило, инвалидами не признаются. В случае необходимости, они могут быть переведены на другую работу с соответствующими условиями труда по заключению ВКК лечебных учреждений.

Больные гипертонической болезнью II стадии во многих случаях ограниченно трудоспособны. Им противопоказаны виды и условия труда, упоминавшиеся выше, и работы, связанные с отрицательными эмоциями, конфликтами. Больные должны переводиться со сдельной на почасовую оплату труда, их следует освобождать от общественных поручений.

В зависимости от варианта течения гипертонической болезни есть особенности в противопоказаниях к различным видам работы и условиям труда. Так, при преимущественно кардиальном варианте допускается работа, связанная лишь с незначительным физическим напряжением. При церебральном варианте противопоказаны работы даже с умеренным нервно-психическим напряжением и в условиях измененного атмосферного давления. При почечном варианте больные не должны находиться на работе, связанной с длительным охлаждением или пребыванием в сыром рабочем помещении.

Таким образом, многие больные гипертонической болезнью II стадии являются ограниченно трудоспособными, так как могут продолжать работать лишь в значительно облегченных условиях труда и нуждаются в переводе на другую работу (инвалидность III группы). При выраженных клинических проявлениях заболевания (фаза Б) они иногда становятся не способными к регулярной профессиональной деятельности (инвалидность II группы).

Больные гипертонической болезнью III стадии полностью утрачивают способность к регулярному профессиональному труду. Лишь в компенсированной фазе (фаза А) им разрешается надомный труд, однако они должны признаваться инвалидами II группы. В декомпенсированной фазе (фаза Б) больные нередко нуждаются в постоянном постороннем уходе и помощи (инвалидность I группы).

При гипертонической болезни с быстро прогрессирующим течением очень рано наступают тяжелые изменения со стороны важнейших систем и органов — сердца, мозга, почек. В связи с этим больные очень скоро лишаются способности к регулярному профессиональному труду (инвалидность II группы). На заключительном этапе болезни им необходимы постоянный посторонний уход и помощь, в связи с чем они должны признаваться инвалидами I группы.

Если ясно, что больной к своей работе не вернется в связи с развитием, например, парезов, афазии после инсульта, недостаточности кровообращения после инфаркта миокарда, почечной недостаточности, то его можно переводить на инвалидность, не дожидаясь окончания четырехмесячного срока пребывания на больничном листе.

При симптоматических гипертониях трудоспособность определяется основным заболеванием (см главу «*Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях почек*» и др.). Однако следует иметь в виду, что повышение артериального давления, связанное с основным заболеванием, сопровождается появлением ряда симптомов, которые сказываются на трудоспособности больных (головная боль, головокружение и др.). Кроме того, с течением времени при симптоматических гипертониях, так же как и при гипертонической болезни, раз-

вивается атеросклероз. Присоединение к основному заболеванию атеросклеротических изменений, которые обычно касаются таких важных органов, как сердце, мозг, почки, ведет к значительному снижению трудоспособности больных.

Профилактика инвалидности при гипертонической болезни включает диспансеризацию, профилактическое лечение, рациональное трудоустройство больных уже на ранних стадиях течения заболевания, в том числе и в регипертонической фазе.

Диспансеризация предполагает повторные профилактические осмотры и измерения артериального давления в коллективах, ознакомление с факторами труда и быта, которые могут иметь значение в этиологии болезни, динамическое наблюдение над диспансеризованными путем повторных вызовов на врачебные осмотры с ведением специальной контрольной карты (форма 30), профилактическое лечение не реже 2 раз в год: в начале весны и осени, а также когда больной переносит тяжелую психическую травму или оказывается в трудной конфликтной ситуации (бытовой, семейной, служебной и пр.).

Основное значение в профилактике инвалидности при гипертонической болезни приобретает тесно связанное с диспансеризацией рациональное трудоустройство в соответствии с изложенными выше рекомендациями. Следует добавить, что здесь необходим индивидуальный подход с использованием профессиональных навыков больных. В СССР применяется работа в специально созданных условиях труда. Имеются цехи (предприятия) с 6-часовым рабочим днем, тремя перерывами, почасовой оплатой труда, но без фиксированной нормы выработки.

ГИПОТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ (НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНАЯ ГИПОТОНИЯ)

В настоящее время клиника и лечение гипотонической болезни разработаны достаточно хорошо, диагностика ее улучшилась и практически врачам ВКК и ВТЭК повседневно приходится решать вопросы, связанные с врачебно-трудовой экспертизой при этом часто встречающемся заболевании.

Следует указать, что нижней границей нормы артериального давления для людей до 25 лет принято считать 100/60 мм рт. ст., а для более старшего возраста—105/60 мм рт. ст. Для жителей юга цифры нижней границы нормы соответственно уменьшаются на 5—10 мм рт. ст., составляя у мужчин 100—95/60 мм рт. ст., у женщин—95—90/55 мм рт.ст.

Временная нетрудоспособность при гипотонической болезни возникает в связи с обострением заболевания и значительным понижением артериального давления, развитием

гипотонического криза, острого нарушения мозгового или коронарного кровообращения и др.

Обострение заболевания с быстрым резким снижением артериального давления сопровождается, как правило, усилением головных болей и головокружений, иногда появлением или усилением болей в области сердца, общей слабостью и пр. и требует амбулаторного или (реже) стационарного лечения. После повышения артериального давления до адекватного уровня и улучшения самочувствия больных выписывают на работу.

При гипотонических кризах сроки временной нетрудоспособности связаны с формой, тяжестью и длительностью криза. При церебральных кризах может наступать не только динамическое расстройство мозгового кровообращения, но и тромботический инсульт, особенно в пожилом возрасте. При кардиальных кризах появляются приступы грудной жабы, иногда может развиваться инфаркт миокарда. Такие больные требуют стационарного лечения в специализированных отделениях. В дальнейшем, в зависимости от клинической картины заболевания, результатов лечения, медицинского и трудового прогноза и т. д., их выписывают на работу либо направляют на ВТЭК для определения инвалидности.

Как правило, у больных с частыми гипотоническими кризами выявляется и другая диэнцефальная симптоматика. Это необходимо учитывать при врачебно-трудовой экспертизе, так как больные с подобными кризами нуждаются в регулярном лечении и диспансерном наблюдении. Особенно неблагоприятно течение гипотонических кризов в пожилом возрасте, когда не исключена возможность развития тромботического мозгового инсульта или инфаркта миокарда.

Трудоспособность при гипотонической болезни определяется степенью выраженности астено-невротического синдрома, частотой и продолжительностью гипотонических кризов, стойкостью гипотонии и эффективностью проводимого лечения.

Больным гипотонической болезнью противопоказаны работы, связанные со значительным физическим или нервно-психическим напряжением, воздействием вибрации, выраженных колебаний температуры окружающей среды, повышенной влажности, наличием паров бензина, недостатка кислорода в воздухе. Они не могут выполнять работы, предъявляющие повышенные требования к вестибулярному аппарату (пребывание на высоте, быстрые перемены положения тела, воздействие сил ускорения и т.д.). При выраженной астенизации противопоказаны работы, требующие быстрого переключения внимания и частого изменения динамического стереотипа. При гипотонической болезни трудовой прогноз в молодом возрасте благоприятен. Патогенетическое лечение обычно значительно улучшает состояние больного.

При транзиторной гипотонии для достижения компенсации бывает достаточно нормализовать режим труда и отдыха.

При стойкой гипотонии работники умственного и легкого физического труда нуждаются в целом ряде ограничений з работе с учетом перечисленных выше противопоказанных факторов. Эти ограничения можно осуществлять по линии ВКК, и вопрос о переходе на инвалидность в подобных случаях обычно не возникает.

Лица, занимающиеся тяжелым физическим трудом, работники транспорта и горячих цехов в связи с наличием ряда противопоказанных факторов и условий труда должны переводиться на другую работу. Равным образом наличие гипотонических кризов делает недоступными профессии, при которых существует опасность причинения вреда себе или окружающим (работы у движущихся механизмов, огня, воды и др.). Поскольку во всех этих случаях перевод на другую работу обычно сопровождается потерей квалификации или снижением объема производственной деятельности, больным должна определяться инвалидность III группы.

Вопрос о II группе инвалидности при гипотонической болезни, возникает редко, главным образом в пожилом возрасте при развитии тромботического инсульта, инфаркта миокарда или появлении выраженных психических расстройств.

Профилактика инвалидности при нейроциркуляторной гипотонии, так же как и при гипертонической болезни, должна включать диспансеризацию с проведением необходимых лечебно-профилактических мероприятий и рациональное трудоустройство согласно вышеизложенным указаниям.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Недостаточность коронарного кровообращения ведет к развитию так называемой ишемической болезни сердца, объединяющей стенокардию, инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз. Основная роль в развитии указанных патологических процессов принадлежит атеросклерозу венечных артерий сердца. Комитет экспертов ВОЗ по артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца при участии А. Л. Мясникова разработал в 1962 г. классификацию ишемической болезни сердца, принятую в СССР.

Классификация ишемической болезни сердца

1. Стенокардия напряжения.
2. Инфаркт миокарда (свежий или старый).
3. Промежуточные формы.
4. Ишемическая болезнь сердца без болевого синдрома:
 - а) бессимптомная форма;
 - б) неспецифические последствия хронического поражения миокарда.

Первые два раздела классификации общепонятны и не требуют комментариев. Что касается промежуточных форм ишемической болезни сердца, то к ним причисляют стенокардию покоя и приступы грудной жабы большой продолжительности, но без данных за развитие очагов некроза в миокарде. Обе формы расценивают как предынфарктное состояние. К бессимптомной форме относят случаи атеросклеротического кардиосклероза, при которых имеются признаки коронарной недостаточности, но нет других проявлений ишемической болезни сердца — грудной жабы, инфаркта миокарда. В группу неспецифических последствий хронического поражения миокарда входят больные с недостаточностью кровообращения, нарушения ритма сердца и проводимости.

Приводим примеры диагнозов, сконструированных в соответствии с приведенной классификацией ишемической болезни сердца и рекомендациями президиума Всесоюзного кардиологического общества.

1. Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз венечных артерий с явлениями хронической коронарной недостаточности II степени.

2. Ишемическая болезнь сердца: острый инфаркт миокарда с локализацией в передне-перегородочной области левого желудочка.

3. Ишемическая болезнь сердца: атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз венечных артерий. Хроническая коронарная недостаточность.

Для врачебно-трудовой экспертизы существенны критерии не только наличия, но и степени коронарной недостаточности. В экспертной практике пользуются классификацией Л. И. Фогельсона, который выделяет три степени хронической коронарной недостаточности.

При первой (начальной) степени хронической коронарной недостаточности приступы стенокардии наступают редко и лишь под влиянием значительного физического или нервно-психического напряжения или резко выраженных эмоций, чаще всего отрицательных. Они длятся не более 5 мин и исчезают обычно в покое без применения коронаролитических средств. Иногда коронарная недостаточность проявляется в ощущении нехватки воздуха и затруднения вдоха при физическом напряжении. Явные указания на наличие у этих больных атеросклеротических изменений в артериальной стенке, в частности аорты и венечных артерий, обычно отсутствуют. Часто нет указаний и на наличие атеросклеротического кардиосклероза. Электрокардиограмма не изменена и не всегда изменяется под влиянием физического напряжения или вдыхания воздуха с уменьшенным количеством кислорода.

При второй (выраженной) степени хронической коронарной недостаточности приступы стенокардии появляются часто и легко наступают под влиянием внешних воздействий,

главным образом физического напряжения. Наиболее частой причиной возникновения болевого приступа является ходьба по улице, особенно быстрая, подъем на гору, по лестнице, отрицательные эмоции. Иногда боли возникают при охлаждении, приеме пищи. Периодически они появляются и в состоянии покоя. Кроме кратковременных приступов стенокардии, наблюдаются и более продолжительные (10—15 мин).

При обследовании этих больных обычно удается установить наличие атеросклеротических изменений артерий, в первую очередь аорты. Многие из них перенесли инфаркт миокарда. У большинства имеются изменения электрокардиограммы, свойственные выраженному атеросклеротическому кардиосклерозу. Но в части случаев выраженной коронарной недостаточности электрокардиограмма отклонений от нормы не представляет. Даже после перенесенных инфарктов миокарда, особенно не очень больших, может восстановиться нормальная электрокардиограмма.

Во время приступов грудной жабы у этих больных часто наблюдаются кратковременные изменения электрокардиограммы, заключающиеся в депрессии сегмента #5—T, снижении вольтажа или инверсии зубца T.

Под влиянием физического напряжения или вдыхания воздуха с пониженным содержанием кислорода обычно появляются загрудинные боли и изменения электрокардиограммы, которые исчезают после прекращения воздействия вызвавшего их фактора.

В ряде случаев наблюдаются экстрасистолы, обычно левожелудочковые, мерцательная аритмия, значительно реже — различные виды блокад.

С нарастанием явлений коронарной недостаточности могут появляться клинические признаки левожелудочковой недостаточности.

При третьей (тяжелой) степени хронической коронарной недостаточности приступы стенокардии очень часты, наступают под влиянием всякого, даже незначительного физического или нервно-психического напряжения. Зачастую они появляются в полном покое, при беседе, наклоне туловища или ночью во сне, нередко сопровождаются явлениями сердечной астмы.

При обследовании больных можно установить наличие значительных атеросклеротических изменений в аорте и венечных артериях, выраженного атеросклеротического кардиосклероза и нередко явления недостаточности кровообращения.

Электрокардиограмма при хронической коронарной недостаточности третьей степени значительно изменена. Часто наблюдаются экстрасистолы, обычно левожелудочковые, мерцательная аритмия, реже пароксизмальная тахикардия,

блокада ножек и разветвлений пучка Гиса, атрио-вентрикулярная блокада.

Для определения наличия и степени коронарной недостаточности, целей дифференциального диагноза огромное значение приобретает целеустремленный детальный расспрос больного.

Из инструментальных методов исследования, способствующих выявлению и определению степени хронической коронарной недостаточности, наибольшее значение имеет электрокардиография.

Появление у больных приступов стенокардии напряжения, независимо от наличия хронической коронарной недостаточности, вызывает временную нетрудоспособность. Заболевание имеет хроническое течение и может быть медленно и быстро прогрессирующим. В одних случаях приступы повторяются редко — через месяцы и годы, в других частота их увеличивается до нескольких раз в день, интенсивность болей нарастает, что может заканчиваться развитием очаговой дистрофии или инфаркта миокарда. Сроки временной нетрудоспособности при стенокардии следует устанавливать в зависимости от интенсивности и обширности иррадиации болей, частоты и продолжительности приступов, эффективности применения коронаролитических средств. Они могут быть самыми разнообразными: от 2—3 до 10—12 дней. Однако нужно помнить, что первый приступ стенокардии может быть и последним, т. е. закончиться смертью больного. Поэтому в любом случае больным следует предписывать вначале строгий постельный режим с проведением соответствующих исследований (в первую очередь электрокардиографического) и необходимого лечения.

По окончании периода временной нетрудоспособности больному должен быть установлен трудовой режим в зависимости от степени коронарной недостаточности.

Больным с коронарной недостаточностью I степени противопоказана работа, связанная со значительным нервным и физическим напряжением, даже непостоянным, работа в горячих цехах и при низкой температуре окружающей среды. Ввиду широкого круга доступных профессий переход на другую работу редко ведет к снижению квалификации или объема производственной деятельности и может быть произведен по заключению ВКК. Вопрос о стойкой утрате трудоспособности в этих случаях обычно не возникает.

По мере ухудшения коронарного кровообращения с развитием хронической коронарной недостаточности II степени круг доступных профессий суживается. Больные не могут продолжать работу, связанную даже с умеренным физическим напряжением, быстрым темпом, длительной ходьбой и стоянием, неблагоприятными метеороло-

гическими условиями, воздействием токсических веществ, ночными сменами. Противопоказана также работа, требующая значительного нервно-психического напряжения. В связи с этим подавляющее большинство больных как физического, так и интеллектуального труда являются ограниченно трудоспособными (инвалидность III группы). Больные с хронической коронарной недостаточностью II степени с частыми и тяжелыми приступами стенокардии, инфарктами миокарда в анамнезе, выраженной недостаточностью кровообращения, сопутствующей гипертонической болезнью могут быть полностью нетрудоспособными и должны признаваться инвалидами II группы.

Больным с коронарной недостаточностью III степени с тяжелой стенокардией и приступами сердечной астмы работа в производственных условиях недоступна (инвалидность II группы). Иногда они могут продолжать работать на дому. В дальнейшем, при развитии и прогрессировании недостаточности кровообращения, они нуждаются в постоянном постороннем уходе и помощи и в связи с этим должны признаваться инвалидами I группы.

Появление у больных стенокардии покоя, а тем более частых и продолжительных приступов грудной жабы, что относится к клиническим проявлениям прединфарктного состояния, требует госпитализации. После ликвидации прединфарктного состояния больных выписывают на работу с установлением трудового режима в зависимости от степени коронарной недостаточности, как это указано выше.

При инфаркте миокарда больные должны быть обязательно госпитализированы. Сроки временной нетрудоспособности, складывающиеся из времени пребывания в стационаре и последующего лечения на дому, определяются величиной очага некроза, наличием осложнений и т. д.

По данным Л. И. Фогельсона, при мелкоочаговом инфаркте миокарда, протекающем без осложнений, временная нетрудоспособность длится в среднем 2 мес. Большинство из этих больных затем используют свой очередной отпуск для лечения в санатории. При рецидивирующем мелкоочаговом инфаркте миокарда больные длительно, а иногда и стойко нетрудоспособны.

При крупноочаговом инфаркте миокарда сроки временной нетрудоспособности увеличиваются до 3 мес. При обширном инфаркте миокарда длительность временной нетрудоспособности колеблется от 4 до 6 мес.

В случае развития таких осложнений, как нарушения ритма сердца и проводимости, расстройства мозгового кровообращения, аневризма сердца, сердечно-сосудистая недостаточность, пристеночный тромбоэндокардит с тромбоэмболиями, рецидивирующий постинфарктный синдром, длительность

временной нетрудоспособности значительно увеличивается. Если в подобных случаях вырисовывается неблагоприятный трудовой прогноз, то больных следует направлять во ВТЭК и переводить на инвалидность до окончания четырехмесячного пребывания на больничном листке. При определении трудоспособности больных, перенесших инфаркт миокарда, следует учитывать степень выраженности коронарной недостаточности, наличие осложнений основного заболевания, сопутствующих поражений сердечно-сосудистой системы, состояние центральной нервной системы, условия профессионального труда.

По окончании периода временной нетрудоспособности больным, перенесшим инфаркт миокарда, независимо от состояния коронарного кровообращения, в течение первых 6 мес противопоказан физический труд, даже непостоянный.

В дальнейшем при хронической коронарной недостаточности I степени (что после перенесенного инфаркта миокарда наблюдается редко) больные могут возвратиться на работу, связанную с незначительным физическим напряжением, без длительной ходьбы, в благоприятных метеорологических условиях. Они могут также выполнять все виды интеллектуального труда в кабинетных условиях. Однако во всех этих случаях работа должна находиться вблизи места жительства. Если это необходимо, то некоторые ограничения (работа только в дневную смену, без выезда в командировки и др.) могут быть осуществлены через ВК лечебных учреждений.

При постинфарктном кардиосклерозе с явлениями хронической коронарной недостаточности II степени больные в ряде случаев могут выполнять свой профессиональный труд. Это возможно тогда, когда работа связана с незначительным физическим или умеренным нервно-психическим напряжением. Необходимым дополнительным условием является предоставление больным облегченных условий труда: уменьшение объема выполняемой работы, освобождение от трудовых операций, связанных со значительной затратой нервно-мышечной энергии, устранение влияния неблагоприятных метеорологических факторов, освобождение от ночных смен, разъездов и командировок, предоставление работы вблизи места жительства. Если перевод на другую работу связан со снижением квалификации или значительным уменьшением объема производственной деятельности, то больных следует считать ограниченно трудоспособными в профессиональных условиях и определять им III группу инвалидности.

При хронической коронарной недостаточности II—III степени с частыми и тяжелыми приступами стенокардии, развитии аневризмы сердца и выраженной недостаточности кровообращения, наличии гипертонической болезни, атеросклероза сосудов головного мозга и др., что нередко наблюдает-

ся у этой категории больных, продолжение регулярного профессионального труда становится невозможным. В этих случаях больным должна определяться инвалидность II группы.

При постинфарктном кардиосклерозе с явлениями хронической коронарной недостаточности III степени у больных наблюдаются частые и тяжелые приступы стенокардии покоя, иногда сердечная астма, что делает труд в профессиональных условиях недоступным (инвалидность II группы). Существенно осложняет прогноз развитие повторных инфарктов миокарда, аневризмы сердца, выявление аритмий, особенно мерцательной, нарушений проводимости и др., что способствует более раннему возникновению и прогрессированию недостаточности кровообращения. В этих случаях больные могут требовать постоянного постороннего ухода и помощи, им дается инвалидность I группы.

При ишемической болезни сердца без болевого синдрома, т. е. в случаях атеросклеротического кардиосклероза с признаками хронической коронарной недостаточности, но без явлений стенокардии и инфаркта миокарда, учитывают наличие нарушений ритма сердца и проводимости, недостаточности кровообращения, сопутствующего атеросклероза сосудов головного мозга и т. д.

Временная нетрудоспособность у больных атеросклеротическим кардиосклерозом возникает при появлении частых экстрасистол, тем более что это может быть предвестником пароксизмальной тахикардии, фибрилляции предсердий и даже желудочков. Амбулаторное лечение обычно позволяет добиться прекращения или урежения экстрасистол и восстановления трудоспособности больных.

При приступе пароксизмальной тахикардии, если его не удастся купировать с помощью простых воздействий (натуральное дыхание, давление на каротидный синус и др.), необходимо стационарное лечение. Больные временно нетрудоспособны и в течение нескольких дней после прекращения приступа, так как нужно ликвидировать возникающие нарушения гемодинамики.

При мерцательной аритмии иногда в течение многих лет трудоспособность может не нарушаться. Все же в конце концов мерцание предсердий приводит к развитию недостаточности кровообращения, для ликвидации которых требуется амбулаторное или стационарное лечение. Необходимость в госпитализации часто возникает при пароксизмальной форме мерцательной аритмии, причем больные временно нетрудоспособны также и в течение нескольких дней после выписки из стационара, так как должны адаптироваться перед выходом на работу. В последнее время медицинский и трудовой прогноз при мерцательной аритмии улучшился в связи с применением электроимпульсной терапии.

Из нарушений проводимости, возникающих у больных атеросклеротическим кардиосклерозом, наибольшее значение имеет атрио-вентрикулярная блокада. Неполная поперечная блокада обычно не вызывает нарушений кровообращения и сама по себе не оказывает отрицательного влияния на трудоспособность. При наличии атрио-вентрикулярной блокады с достаточной частотой сокращений желудочков (36—50 в минуту) трудоспособность обычно также не нарушается. Однако при развитии синдрома Морганьи—Эдемса—Стокса возникает необходимость в госпитализации больных и наступает временная нетрудоспособность, сроки которой зависят от тяжести и продолжительности приступов. В настоящее время трудовой прогноз при полной атрио-вентрикулярной блокаде с синдромом Морганьи—Эдемса—Стокса улучшился в связи с имплантацией кардиостимуляторов.

Круг доступных профессий для лиц, страдающих атеросклеротическим кардиосклерозом, довольно широк. Этим больным противопоказаны виды труда, связанные с большим физическим напряжением, длительной ходьбой. При появлении приступов пароксизмальной тахикардии, синдрома Морганьи—Эдемса—Стокса становятся противопоказанными виды труда, при которых внезапное прекращение работы может вызвать увечье больного или представляет опасность для окружающих (работа на высоте, профессия водителя и др.). У лиц интеллектуального труда трудовой прогноз ухудшается при присоединении атеросклероза мозговых сосудов, так как становятся недоступными работы, связанные со значительным нервно-психическим напряжением.

При развитии недостаточности кровообращения ПА стадии лицам, занимающимся умеренным физическим трудом, чаще всего устанавливают III группу инвалидности. Недостаточность кровообращения ПБ и III стадии делает недоступным регулярный профессиональный труд (инвалидность II группы). При недостаточности кровообращения III стадии больные нередко нуждаются в постоянном постороннем уходе и помощи, что требует определения инвалидности I группы.

Следует указать, что появление экстрасистолии, мерцательной аритмии, поперечной блокады сердца, блокады ножек пучка Гиса и периферических разветвлений проводниковой системы способствует развитию или прогрессированию недостаточности кровообращения и, таким образом, еще более ухудшает трудовой прогноз.

Профилактика инвалидности при ишемической болезни сердца состоит в предупреждении развития и прогрессирования коронарного атеросклероза. В этом большую роль играют проводящиеся в нашей стране улучшение жилищных условий населения, мероприятия по охране труда, развитие физкультуры и спорта, борьба с алкоголизмом, ку-

рением, нормализация сна, правильный режим и характер питания и др. Важное значение имеет диспансеризация с проведением профилактического лечения, рациональное трудоустройство больных в соответствии с изложенными выше принципами.

Реабилитация при наиболее тяжелом проявлении ишемической болезни сердца — инфаркте миокарда — приобретает в настоящее время все большее и большее значение. Это связано, в частности, с тем, что процесс восстановления трудоспособности имеет важный профилактический аспект — предупреждение прогрессирования инвалидности у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Существуют два этапа реабилитации больных инфарктом миокарда: больничный и послебольничный. Последний в свою очередь делится на санаторный, поликлинический и по месту работы. С точки зрения особенностей патологического процесса и оценки компенсаторных возможностей выделяют три периода реабилитации: период стабилизации, период мобилизации и период реактивации.

Первый период совпадает с процессом консолидации инфаркта миокарда и относится целиком к этапу больничной реабилитации. Проводимое в этом периоде современное комплексное лечение способствует более быстрому восстановлению компенсаторных возможностей организма и выздоровлению.

Второй период — период мобилизации — начинается еще в больнице, когда в комплекс терапевтических мероприятий включают лечебную физкультуру, и продолжается на этапе послебольничной реабилитации в условиях санатория и диспансера наблюдения в поликлинике. Основная задача этого периода — выявление компенсаторных возможностей организма и их максимальное развитие. Если в условиях больницы на первом плане стоял метод медикаментозной реабилитации, то в санатории и поликлинике начинает преобладать метод физической и психологической реабилитации, элементы которых были заложены еще в стационаре. В поликлинике окончательно определяются возможности возвращения к трудовой деятельности и ее характер. Здесь же начинается и период длительного активного наблюдения над больным, т. е. собственно диспансеризация. Правильная оценка компенсаторных возможностей, определение физической и психологической готовности больного к возвращению на работу, уточнение оптимальной поддерживающей медикаментозной терапии позволяют длительно сохранять остаточную трудоспособность больных и даже добиваться ее повышения.

Наконец, третий период реабилитации — период реактивации — связан с непосредственным возвращением к трудовой

деятельности. В этом периоде лечащий врач, ВКК, ВТЭК, а также доверенный врач профсоюза должны определить возможность реадaptации больного к прежней профессии или условия его перекалфикации. При этом нужно помнить, что реадaptация позволяет использовать имеющиеся у больного профессиональные навыки и обычно проходит легче, чем адаптация к новой работе.

Успешность решения задач реадaptации в значительной мере зависит от строгого проведения в жизнь принципа ответственности перечисленных мероприятий на различных этапах восстановительного лечения.

РЕВМАТИЗМ И РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Борьба против ревматизма, который начинается еще в детстве и приводит к развитию пороков сердца и инвалидности в самом цветущем, наиболее трудоспособном возрасте, имеет большое значение. Благодаря проведению планомерных обследований мероприятий, своевременной активной терапии, диспансерному наблюдению, систематическому противорецидивному лечению в последние годы уменьшилась частота и улучшилось течение ревматизма.

Основным медицинским критерием при экспертизе трудоспособности у больных ревматизмом и ревматическими пороками сердца является степень активности и характер течения ревматического процесса. При длительной ремиссии (в неактивной фазе заболевания) определяющими становятся другие факторы: характер порока сердца, состояние миокарда, гемодинамики и т. д.

Приводим рабочую классификацию и номенклатуру ревматизма, предложенную А. И. Нестеровым и принятую на симпозиуме по ревматизму в Москве в 1964 г. (табл. 4).

Даем примеры формирования диагноза в соответствии с приведенной классификацией и номенклатурой ревматизма.

1. Ревматизм, активная фаза, I степень активности. Затяжное, вялое течение. Первый приступ. Первичный ревмокардит без порока клапанов. Полиартрит. На-
2. Ревматизм, активная фаза, III степень активности. Острое течение. Четвертый приступ. Возвратный ревмокардит с преимущественным поражением миокарда. Атрио-вентрикулярная блокада II степени. Сложный митральный порок сердца с преобладанием стеноза. На.
3. Ревматизм, неактивная фаза. Ревматический миокардиосклероз. Мерцательная аритмия. Комбинированный митрально-аортальный порок сердца (сложный митральный порок с преобладанием стеноза, недостаточность аортальных клапанов). На.

К основным причинам временной нетрудоспособности больных ревматизмом относятся обострение ревматического процесса и недостаточность кровообращения.

Таблица 4

Рабочая классификация и номенклатура ревматизма (по А. И. Нестерову)

Фаза	Клинико-анатомическая характеристика поражений		Течение	Функциональная характеристика кровообращения
	сердца ¹	других систем и органов		
Активная Активность I, II, III степени ²	а. Ревмокардит первичный б. Ревмокардит возвратный в. Ревматизм без явных сердечных изменений	Полиартрит. Серозиты (плеврит, перитонит, абдоминальный синдром). Хорея. Энцефалит. Менингоэнцефалит. Церебральные васкулиты. Нервно-психические расстройства. Васкулиты. Нефрит. Гепатит. Пневмония. Поражение кожи. Ирит. Иридоциклит. Тиреоидит	Острое. Подострое. Затяжное, вялое. Непрерывно рецидивирующее. Латентное	H ₀ — нет недостаточности кровообращения, H ₁ — недостаточность кровообращения I степени, H* — недостаточность кровообращения II степени, H ₃ — недостаточность кровообращения III степени
Неактивная	а. Миокардиосклероз ревматический б. Порок сердца (какой)	Последствия и остаточные явления перенесенных внесердечных поражений		

¹ По возможности следует уточнить ведущую локализацию поражения (миокард, эндокард, перикард, панкардит, коронарт) •
указать количество приступов.

² I степень — минимальная активность; II степень — средняя и III степень — максимальная активность.

При остром или подостром ревматическом процессе в различных его вариантах (ревмокардит, сердечно-суставные поражения и т. д.) больные подлежат госпитализации и нетрудоспособны на весь период обострения, продолжительность которого различна у разных больных.

При благоприятно протекающем первичном ревмокардите лечение в стационаре продолжается 1—2 месяца, при возвратных ревмокардитах (на фоне уже имеющегося порока сердца) — от 2 до 4 месяцев. Если и после этого будут клинико-лабораторные данные в пользу активно текущего ревматического процесса, то следует считать, что налицо непрерывно рецидивирующее течение ревматизма и направить больного на ВТЭК для определения II группы инвалидности.

Больного можно считать трудоспособным при ликвидации соответствующих клинических проявлений заболевания, нормализации температуры, электрокардиограммы, лейкоцитоза, СОЭ, диспротеинемии, фибриногена, исчезновения С-реактивного белка, снижении показателя дифениламиновой реакции, титра антистрептолизина-О и др.

Вовлечение в ревматический процесс других органов и систем (органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы и др.), развитие выраженной недостаточности кровообращения существенно осложняет клинический и трудовой прогнозы, требуя иногда определения III группы или даже II группы инвалидности.

В последние годы часто наблюдается затяжное, вялое и латентное течение ревматизма, причем активность ревматического процесса (обычно минимальная) может сохраняться на протяжении многих лет. Это, с одной стороны, затрудняет диагностику ревмокардита, особенно при компенсированных пороках сердца, а с другой. — ставит вопросы совершенствования методов профилактики и определения трудоспособности больных.

Несмотря на наличие вяло или латентно протекающего ревматического процесса, больных можно считать трудоспособными, если в работе отсутствуют противопоказанные факторы. При этом лучший трудовой прогноз сохраняется у больных с недостаточностью митрального клапана или сложным митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности. Если в картине сложного митрального порока преобладает стеноз или имеют место даже начальные явления недостаточности кровообращения, то больные нуждаются в создании облегченных условий труда, что может быть сделано по заключению ВКК. Однако при развитии недостаточности кровообращения ПА или ПБ стадии больные становятся частично или полностью нетрудоспособными.

В неактивной фазе ревматизма трудоспособность и показания к трудоустройству определяются характером порока

сердца, морфологическими изменениями в миокарде, состоянием кровообращения.

При недостаточности митрального клапана или сложном митральном пороке сердца с преобладанием недостаточности, если нет выраженных изменений со стороны мышцы сердца, компенсация может сохраняться в течение длительного времени и, следовательно, само по себе наличие указанного порока мало отражается на трудоспособности больных.

При недостаточности аортальных клапанов, сложном аортальном пороке сердца с преобладанием недостаточности, при комбинации недостаточности аортальных и митрального клапанов, наконец, при комбинации сложного аортального порока сердца с недостаточностью митрального клапана стадия декомпенсации наступает нескоро, поэтому трудоспособность больных также в течение длительного времени существенно не нарушается. Все же в целях профилактики инвалидности больных не следует допускать к работам, связанным со значительным физическим напряжением и пребыванием в неблагоприятных метеорологических условиях.

Однако хроническая коронарная недостаточность, возникающая при аортальных пороках сердца, может вызывать временную и даже постоянную нетрудоспособность. В этих случаях решение зависит в основном от степени имеющейся коронарной недостаточности (см. выше).

При сужении левого атрио-вентрикулярного отверстия или сложном митральном пороке сердца с преобладанием стеноза стадия декомпенсации наступает обычно значительно раньше, чем при других поражениях клапанного аппарата. Это проявляется прежде всего синдромом застоя крови в легких, кровохарканья, приступами сердечной астмы и вызывает временную, а иногда и постоянную утрату трудоспособности.

Под влиянием повторных обострений ревматизма (возвратный ревмокардит) морфологическая характеристика перечисленных пороков сердца ухудшается, что с течением времени может привести к развитию недостаточности кровообращения. Это также влечет за собой снижение трудоспособности больных и должно учитываться при врачебно-трудовой экспертизе (см. ниже).

Органическая недостаточность трехстворчатого клапана встречается редко. Еще реже она бывает изолированной. Относительная недостаточность трехстворчатого клапана обычно возникает на фоне тяжелого митрального или митрально-аортального порока сердца с далеко зашедшей недостаточностью кровообращения и еще более ухудшает трудовой прогноз.

При врачебно-трудовой экспертизе больных ревматическими пороками сердца необходимо учитывать состояние миокарда.

При ревмокардиосклерозе может появляться экстрасистолическая аритмия. Если экстрасистолы становятся частыми, то возникает необходимость в амбулаторном лечении с освобождением от работы по больничному листку. После прекращения или уменьшения частоты экстрасистол больные становятся трудоспособными.

При приступе пароксизмальной тахикардии чаще всего требуется стационарное лечение. Если приступ был длительным, то после его прекращения и выписки больного из больницы ему необходимо предоставить отпуск по временной нетрудоспособности еще на несколько дней для амбулаторного лечения.

При мерцательной аритмии необходимость в амбулаторном или стационарном лечении возникает в случае развития недостаточности кровообращения. Стационарному лечению подлежат также больные с пароксизмальной формой мерцательной аритмии.

Необходимость в госпитализации и временная нетрудоспособность у больных ревматическими пороками сердца с диффузным или очаговым ревмокардиосклерозом возникает при полной атрио-вентрикулярной блокаде с синдромом Морганьи—Эдемса—Стокса.

При частых приступах пароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмии и синдрома Морганьи—Эдемса—Стокса может наступать и постоянная утрата трудоспособности. Правда, в последние годы медицинский и трудовой прогнозы при указанных нарушениях ритма сердца и проводимости улучшились в связи с применением электроимпульсной терапии и искусственных водителей ритма.

При ревматических пороках сердца и ревмокардиосклерозе, в случае отсутствия явлений недостаточности кровообращения, больным доступен довольно широкий круг профессий. Однако их не следует допускать к работам, связанным со значительным физическим напряжением, предписанным быстрым темпом, постоянным вынужденным положением тела, длительной ходьбой, ночными сменами, неблагоприятными метеорологическими условиями, воздействием токсических веществ.

При приступах синдрома Морганьи—Эдемса—Стокса становятся противопоказанными также виды труда, при которых внезапное прекращение работы в связи с потерей сознания может вызвать увечье больного или представляет опасность для окружающих.

При значительных морфологических изменениях клапанного аппарата и выраженном поражении мышцы сердца в конечном итоге развивается хроническая недостаточность кровообращения, являющаяся одной из главных причин стойкой потери трудоспособности.

При недостаточности кровообращения I стадии доступны работы с незначительным физическим напряжением и все виды интеллектуального труда в благоприятных метеорологических условиях. Если перевод на другую работу сопровождается потерей квалификации или значительным снижением объема производственной деятельности, то дается инвалидность III группы.

При развитии недостаточности кровообращения ПА стадии больные могут заниматься легким физическим трудом, преимущественно сидя, в благоприятных метеорологических условиях, в дневные смены, а также выполнять все виды работ умственного труда, но без значительного нервно-психического напряжения. Перевод на другую работу в этих случаях обычно сопровождается потерей квалификации или значительным снижением объема производственной деятельности, в связи с чем больные должны признаваться инвалидами III группы.

При недостаточности кровообращения ПБ стадии больные нетрудоспособны в профессиональных условиях (инвалидность II группы). Иногда некоторые из них могут работать в специально созданных условиях в соответствующих цехах или на дому.

При недостаточности кровообращения III стадии больные обычно нуждаются в постоянном постороннем уходе и помощи, в связи с чем им должна даваться инвалидность I группы.

МИТРАЛЬНАЯ КОМИССУРОТОМИЯ

Хирургическое лечение митрального стеноза в настоящее время получило широкое распространение. Митральная комиссуротомия улучшила медицинский и трудовой прогнозы при сужении левого атрио-вентрикулярного отверстия и сложном митральном пороке сердца с преобладанием стеноза. Однако даже после адекватной и радикальной коррекции порока с нормализацией ряда показателей гемодинамики прогнозирование сроков восстановления трудоспособности наталкивается на значительные трудности. Считают, что в связи с необходимостью развития и стабилизации компенсаторно-приспособительных механизмов больных в течение в среднем одного года после операции следует признавать нетрудоспособными. По прошествии этого срока к ним применяется уже обычный подход, т. е. сам по себе факт произведенной операции перестает играть решающую роль.

В оценке трудоспособности больных, перенесших операцию митральной комиссуротомии, большое значение имеет наличие (активация) ревматического процесса, выраженность морфологических изменений миокарда, нарушения ритма сердца и проводимости, наличие и степень недостаточности кровообращения, условия профессионального труда и др.,

т.е. врачебно-трудовая экспертиза проводится в соответствии с изложенными выше указаниями. Имеются наблюдения, что при рациональном трудоустройстве состояние здоровья и трудоспособность этих больных постепенно улучшается.

Среди инвалидов по ревматизму подавляющее большинство составляют люди молодого, самого работоспособного возраста. Нужно предпринимать усилия для их переоснащения. В системе социального обеспечения имеются заведена, переобучения этих больных, и ВТЭК на период учебы или III группу инвалидности.

В профилактике появления и прогрессирования инвалидности у больных ревматизмом большое значение имеет предупреждение и активное лечение обострений заболевания. Этому способствует диспансеризация с комплексом оздоровительных мероприятий общего характера, санацией очагов инфекции, проведение бициллино-медикаментозной профилактики по А. И. Нестерову.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Из врожденных пороков сердца и у детей, и у взрослых, чаще встречаются открытый боталлов проток, изолированные дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, стеноз легочной артерии и перешейка аорты (коарктация аорты).

Открытый боталлов проток среди прочих врожденных пороков сердца — самый частый и не очень тяжелый. По статистическим данным, средняя продолжительность жизни людей с этим врожденным пороком — 24 года. Прогноз зависит от ширины незарощенного артериального протока и, следовательно, от величины сброса крови из аорты в легочную артерию. При небольшом сбросе крови недостаточность кровообращения долго не развивается, и больные могут выполнять работу, не предъявляющую значительных требований к кровообращению, в благоприятных метеорологических условиях. Однако рано или поздно развивающаяся недостаточность кровообращения и осложнение эндокардитом приводит к смерти большинство больных в молодом возрасте. Прогноз можно существенно улучшить с помощью рано проведенной операции.

Изолированный дефект межпредсердной перегородки относится к благоприятно протекающему врожденному пороку.

Прогноз зависит от величины дефекта межпредсердной перегородки. Малые дефекты совместимы с нормальной жизнью и клинически ничем не проявляются. Но даже при крупном дефекте межпредсердной перегородки порок в течение первых трех десятков лет жизни переносится относительно благополучно.

Профилактика инвалидности и удлинение срока жизни при этом врожденном пороке сердца зависит от предупреждения и своевременного, правильного лечения могут возникнуть эндокардита.

Дефект межжелудочковой перегородки (болезнь Толочинского) протекает в общем доброкачественно. Изолированные небольшие дефекты межжелудочковой перегородки, однако, не ограничивают продолжительность жизни, и больные могут вести нормальный образ жизни.

Прогноз при значительных дефектах межжелудочковой перегородки большей частью неблагоприятный из-за осложнения эндокардитом и развивающейся недостаточности кровообращения. Больные со значительным дефектом межжелудочковой перегородки, пережившие период детства, становятся инвалидами с детства и обычно погибают в 20—30-летнем возрасте.

Стеноз легочной артерии относится к тяжело протекающим врожденным порокам сердца. Прогноз довольно плохой и зависит от степени сужения. Больные редко достигают рабочего возраста, но и в этом случае не бывают полноценными работниками. Их можно допускать лишь к работе, связанной с незначительным физическим напряжением.

Стеноз перешейки аорты (коарктация аорты) стоит в ряду относительно доброкачественных врожденных пороков сердца и крупных сосудов. Однако средняя продолжительность жизни больных с коарктацией аорты существенно короче средней продолжительности жизни здорового человека. Прогноз зависит от степени сужения перешейка аорты, профилактики осложнений, трудоустройства, бытовых и иных условий жизни.

При большом стенозе больные нетрудоспособны. При не очень выраженном стенозе, когда может стать вопрос о выборе профессии, нужно рекомендовать виды труда с небольшим физическим или нервно-психическим напряжением.

Операция при коарктации аорты в возрасте 20—30 лет значительно улучшает прогноз и в настоящее время уже многим больным спасла жизнь и сохранила трудоспособность.

МИОКАРДИОДИСТРОФИЯ

Трудоспособность при миокардиодистрофии определяется в основном заболеванием, которое вызвало дистрофические изменения со стороны мышцы сердца.

По Г. Ф. Лангу, дистрофия миокарда может быть вызвана разными этиологическими моментами.

1. Недостаточность кровоснабжения миокарда: а) вследствие атеросклероза венечных артерий сердца или при нарушении функции регулирующего кровоснабжения миокарда

аппарата; б) вследствие общей недостаточности кровообращения; в) вследствие анемического состава крови.

2. Переутомлением миокарда вследствие хронического механического затруднения его работы при эмфиземе, пневмоклерозе, обширных плевральных сращениях, медиастино-перикардите, кифозах и сколиозах, при ожирении, а также физическим переутомлением (острым, хроническим).

3. Интоксикация экзогенными (фосфором, окисью углерода и др.) или эндогенными (при нарушении функции печени, почек и др.).

4. Нарушением функции желез внутренней секреции (диабете, гипо- или гипертиреозе и др.).

5. Инфекциями острыми и хроническими.

Следует подчеркнуть, что развитие миокардиодистрофии накладывает свой отпечаток на течение основного заболевания и в значительной степени ухудшает трудовой прогноз. Поэтому в экспертной практике определения трудоспособности больных, страдающих дистрофией миокарда, основное внимание следует уделять выяснению противопоказаний и ограничений к выполнению профессионального труда с обязательным учетом основного заболевания, приведшего к развитию дистрофии, и степени недостаточности кровообращения.

ХРОНИЧЕСКИЙ СДАВЛИВАЮЩИЙ ПЕРИКАРДИТ

При хроническом сдавливающем "перикардите, который чаще всего вызывается туберкулезной инфекцией, прогноз остается неблагоприятным. При консервативном лечении, несмотря на применение соответствующих антибактериальных, сердечных, мочегонных и других средств, абсолютное большинство больных погибают в сроки до 3—4 лет от начала выраженных проявлений заболевания вследствие прогрессирующей недостаточности кровообращения.

Поэтому при хронических сдавливающих перикардитах показано хирургическое лечение (операция субтотальной перикардэктомии), которое существенно улучшает прогноз и во многих случаях ведет к выздоровлению. Однако после операции полное выздоровление наступает медленно, и больные в течение длительного времени подлежат врачебному наблюдению и консервативному лечению с участием терапевта.

Временная нетрудоспособность при хроническом сдавливающем перикардите в случае оперативного вмешательства складывается из срока пребывания в хирургическом стационаре (1—2 месяца), а затем в терапевтическом, куда следует переводить больных для дальнейшего консервативного лечения. Срок пребывания здесь решается индивидуально, но, как показывает опыт, должен быть не менее 1 месяца.

При решении вопроса о трудоспособности больного должно быть проведено всестороннее обследование с определением функциональной способности не только сердечно-сосудистой системы, но и других систем и органов, вовлеченных в патологический процесс. Следует также учитывать оперативный доступ, площадь удаленного перикарда, этиологию заболевания, выраженность дистрофических изменений миокарда, наличие недостаточности кровообращения. Большое значение имеют также условия работы на производстве (загрязнение воздуха, температура, наличие простудных факторов и др.).

В связи со значительной выраженностью дистрофических изменений мышцы сердца, после операции перикардэктомии все больные подлежат освобождению от всех видов работ на один год. На этот период они должны признаваться инвалидами II группы, а при выраженной недостаточности кровообращения — инвалидами I группы (при условии необходимости постоянного постороннего ухода).

Через год больные снова направляются во ВТЭК для переосвидетельствования.

Уже при наличии начальных явлений недостаточности кровообращения или скрытых нарушений гемодинамики, выявляемых при изучении функционального состояния сердечно-сосудистой системы, больные не могут выполнять работу, связанную даже с умеренным физическим напряжением. Если перевод на другую работу сопровождается потерей квалификации или снижением объема производственной деятельности, больные должны признаваться инвалидами III группы. Лица умственного труда могут возвратиться к своей работе.

При отсутствии явлений недостаточности кровообращения и нормализации показателей гемодинамики возможен физический труд без значительных перенапряжений и все виды интеллектуального труда.

Следует учитывать возраст больных. Так, например, в пожилом возрасте часто присоединяется коронарный атеросклероз, что ведет к развитию коронарной недостаточности и существенно осложняет трудовой прогноз. Что касается больных молодого возраста, то при отсутствии у них достаточной квалификации нужно своевременно предпринимать меры к их переобучению.

ЗАДАЧИ И ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Восстановление трудоспособности (реабилитация) больных с болезнями системы кровообращения имеет большое социальное значение. Партия и правительство уделяют этому вопросу большое внимание. В соответствии с Постановлени-

ем ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 г. за № 517, в 1971—1975 гг. будут построены 29 больниц восстановительного лечения (т.е. реабилитационных центров) для взрослых и детей по 520 и 420 коек. Для использования остаточной трудоспособности инвалидов организуются цехи на предприятиях, в которых создаются специальные условия и применяются показанные виды труда. Для инвалидов молодого возраста, не имеющих достаточно высокой квалификации и требующих переобучения, в системе социального обеспечения имеются специальные школы и профтехучилища, причем на время переобучения этим лицам часто дается инвалидность III группы. Многие предприятия имеют ночные санатории, где после работы могут отдыхать и лечиться инвалиды и т. д.

Реабилитация этих больных — процесс довольно длительный и сложный, и в его реализации можно проследить несколько этапов.

В задачу первого этапа восстановления трудоспособности больных с болезнями системы кровообращения входит установление точного диагноза болезни, прекращение, если это возможно, воздействия на организм причины, вызвавшей патологический процесс, выяснение характера профессиональных навыков больного, ознакомление с его нагрузкой в быту, установкой на труд. Метод детальной разработки анамнеза при этом часто и незаслуженно забывается. Всемирная организация здравоохранения создала, например, специальный вопросник для обследования больных коронарной недостаточностью.

Можно привести примеры, когда во ВТЭК направляют больных без заболевания системы кровообращения. Эти лица с нарушениями нервной регуляции сердечной деятельности, у которых имеется ряд неприятных ощущений в области сердца (чаще всего боли). Нужно настойчиво добиваться восстановления трудоспособности этих больных. Иногда, например, во ВТЭК направляют больных с диагнозом ревмокардита и недостаточности митрального клапана. У них имеется лишь тахикардия и короткий систолический шум у верхушки. При последующем контрольном обследовании наличие ревматизма и порока сердца не подтверждается. Подобные ошибки наиболее часты, составляя, по имеющимся данным, до 60% всех ошибочных диагнозов. Ошибки при диагностике коронарной недостаточности составляют 30%, причем чаще наблюдается гипердиагностика. Но бывает, конечно, и недооценка имеющихся данных (генодиагностика). За обилием жалоб при неврастении можно пропустить истинную стенокардию. Причины ошибок в таких случаях — недостаточно углубленный опрос больного и неправильная трактовка электрокардиограммы.

Нужно подчеркнуть, что диагноз должен быть четко и подробно описан. В нем следует отразить этиологию заболевания, характер и степень морфологических изменений, течение заболевания, стадию (форму болезни, преобладающий клинический синдром, функциональное состояние системы кровообращения (наличие или отсутствие недостаточности кровообращения и др.) и изменения со стороны других органов и систем, вовлеченных в патологический процесс.

Одновременно с уточнением диагноза проводится лечение заболевания, что связано с задачами второго этапа реабилитации. Лечение больного осуществляется в поликлинике (медсанчасти предприятия), стационаре, затем иногда в санатории. Важно, чтобы оно начиналось как можно раньше и проводилось на современном уровне. Важное место в комплексе лечебных мероприятий занимает лечебная физкультура, которая способствует физической реабилитации больных. Она должна начинаться как можно раньше, практически сразу же после устранения опасности для жизни больного. Целью ее является поддержание и улучшение общего состояния, профилактика растренированности, сохранение объема движений, мышечной силы. Физические упражнения предупреждают развитие тромбозов, поддерживают тонус регуляторных механизмов нервно-сосудистого аппарата.

Задачей третьего этапа реабилитации является определение трудоспособности больного. Об этом более конкретно и подробно сказано в разделах, посвященных врачебно-трудовой экспертизе при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Здесь же следует указать, что на данном этапе реабилитации, наряду с ориентировкой на развернутый диагноз и оценкой результатов проведенного лечения, важное значение приобретают социальные факторы и, в первую очередь, трудовая деятельность больного. Необходимо изучить трудовой анамнез (профессиональный маршрут), приобретенные профессиональные навыки, тренированность в работе, психологические аспекты больного: эмоциональную установку на труд или, напротив, нежелание продолжать работу.

Изучение состояния больных во время работы с использованием различных радиотехнических устройств (радиоэлектрокардиографов и др.) показало, что тренированность, физическое и психологическое приспособление к своей профессии имеют большое значение.

Задачей четвертого этапа реабилитации является рациональное трудовое приспособление больных к определенным видам и условиям труда. Следует всячески стремиться вернуть больного к ранее выполнявшейся им работе. Для оставления больного на прежней работе иногда достаточно изме-

нить условия труда, сделать более удобным рабочее место, несколько уменьшить объем работы, исключить ночные смены, командировки и т. д. Следует подчеркнуть, что подчас новая работа, казалась бы, связанная с меньшим физическим или нервно-психическим напряжением, может в результате отсутствия у больного профессиональных навыков и тренировки вызывать значительно большую затрату физической и нервно-психической энергии, чем прежняя. Однако если характер заболевания и состояние больного не позволяют работать в прежней профессии, необходимо с помощью ВКК добиться перевода его на работу, близкую к прежней специальности, чтобы он мог применить свои профессиональные навыки и специальные знания. Нередко больным, не имеющим достаточно высокой квалификации, особенно в молодом возрасте, следует рекомендовать обучение новому виду труда.

Задачей пятого этапа реабилитации больных с болезнями системы кровообращения является сохранение и, если возможно, повышение той ограниченной трудоспособности, которая осталась еще у больного. Нужно помочь больному в достижении максимальной физической, психической, профессиональной и социальной полноценности, на которую он может быть способен в рамках своего заболевания. Это достигается периодическим обследованием больных с проведением необходимых терапевтических мероприятий и наблюдением за точным выполнением предписанного режима труда.

Существенное значение в профилактике прогрессирования инвалидности имеет организация специальных цехов для больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с применением показанных видов труда в особо созданных условиях. Доказано, что работа в показанных видах и условиях труда положительно влияет на центральную нервную систему и психику больных, создает у них ощущение своей полноценности, наконец, улучшает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. В предупреждении прогрессирования инвалидности немалую роль играют и ночные санатории при предприятиях, дающие возможность сочетать работу с санаторным лечением.

Важным условием профилактики прогрессирования инвалидности является соблюдение правильного режима в быту, в домашней работе, в питании и т. д. В этом отношении большое значение приобретает наблюдение поликлиники, тем более, что по большинству болезней системы кровообращения, вызывающих инвалидность, больные должны быть взяты на диспансерный учет. Таким образом, задачи реабилитации и диспансеризации тесно переплетаются.

Г л а в а VIII

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ

Болезни системы дыхания часто приводят к временной и постоянной потере трудоспособности, причем последняя иногда носит прогрессирующий характер. В этих случаях рациональное трудоустройство является важной составной частью профилактики инвалидности. Таким образом, экспертиза трудоспособности и обоснованные трудовые рекомендации приобретают большое значение в цепи лечебно-профилактических мероприятий.

При врачебно-трудоустройстве больных с заболеваниями системы дыхания необходимо учитывать следующие данные: 1) степень легочной недостаточности; 2) стадию недостаточности кровообращения; 3) активность воспалительного процесса (период обострения или ремиссии); 4) наклонность к кровохарканьям; 5) наличие бронхоспазма.

Под легочной недостаточностью следует понимать такое состояние, при котором нормальная функция аппарата внешнего дыхания недостаточна для того, чтобы обеспечить организм потребным количеством кислорода и вывести необходимое количество углекислоты.

Правильная оценка легочной недостаточности должна производиться с обязательным учетом механизма нарушения функции внешнего дыхания. Адекватная работа аппарата внешнего дыхания, осуществляющего газообмен между наружным воздухом и кровью легочных капилляров, обеспечивается четкой взаимосвязью между тремя компонентами: вентиляцией легких (поступление воздуха в альвеолы и выведение его наружу), диффузией газов (проникновение кислорода из альвеол в кровь и углекислоты из крови в альвеолы) и перфузией (кровоток по легочным капиллярам).

В нормальных условиях в легких имеется корреляция между объемами легочной вентиляции и кровотока. Преобладание вентиляции над кровотоком приводит к синдрому гипервентиляции, существенной чертой которого является гипокания, приводящая к падению тонуса вен, сужению

сосудов мозга, что клинически проявляется слабостью и головокружением. При преобладании кровотока (или отставании альвеолярной вентиляции) возникает гипоксемия, а в дальнейшем и гиперкапния.

При заболевании легких в зависимости от характера поражения наблюдается преимущественно тот или иной тип нарушения дыхания, а при некоторых из них — сочетание различных механизмов.

Для изучения тяжести заболевания и степени легочной недостаточности при болезнях системы дыхания, наряду с обычным клиническим обследованием необходимо применять специальные методы функционального исследования состояния аппарата внешнего дыхания и кровообращения. Для выявления отмеченных выше нарушений и их количественной оценки существует большое число физиологических проб и показателей.

Следует указать, что ряд исследований функции внешнего дыхания и легочного кровотока доступен в хорошо оснащенных специализированных лечебных учреждениях. Поэтому часто приходится ограничиваться несколькими наиболее важными методиками: определением жизненной емкости легких, минутного объема дыхания и максимальной вентиляции легких для суждения об эластичности легочной ткани, скоростью форсированного выдоха на спирографе и пневмотахометрией для определения бронхиальной проходимости, капнометрией и капнографией, позволяющими оценивать содержание углекислого газа в выдыхаемом воздухе, оксигеметрической пробой с физической нагрузкой для диагностики скрытой дыхательной недостаточности и др.

Следует заметить, что оценка функционального состояния легких возможна только на основании использования комплекса функциональных проб. Такое комплексное обследование в значительной мере способствует уточнению вопроса о наличии и степени дыхательной недостаточности и трудоспособности больных с заболеваниями системы дыхания.

В оценке трудоспособности важно установить не только наличие легочной недостаточности, но и степень ее выраженности. Различают три степени легочной недостаточности.

При легочной недостаточности I степени больные жалуются на быструю утомляемость. В состоянии покоя одышки и цианоза нет, но они появляются при значительной физической нагрузке, быстрой ходьбе, подъеме по лестнице.

Жизненная емкость легких уменьшена до 70—80% должной. Минутный объем дыхания после физической нагрузки увеличивается в среднем лишь до 172%. Максимальная вентиляция легких составляет в среднем 65% должной. Скорость кровотока не изменена. На электрокардиограмме появляются черты преобладания правого сердца (изменения

зубца *P* и желудочкового комплекса). Изменяются зубцы рентгенокинограммы. Насыщение артериальной крови кислородом может быть несколько понижено. Появляются недоокисленные продукты обмена, что видно из увеличения ватат-кислорода. Меняется биоэлектрическая характеристика дыхательных мышц: активность их повышается при усилении дыхания, а в покое остается без изменений. Развивается хроническое легочное сердце, но еще компенсированное.

Многие из перечисленных функциональных проб в покое не дают отклонений от нормы. Поэтому их следует проводить после дозированной физической нагрузки, что дает более правильное представление о трудоспособности больных.

При легочной недостаточности I степени трудоспособность несколько снижена. Противопоказаны работы, связанные со значительным физическим напряжением, вдыханием пыли, раздражающих газов, воздействием токсических веществ, раздражающих бронхо- и пулмотропных ядов, пребыванием в неблагоприятных метеорологических условиях. Доступны все виды интеллектуального труда.

При легочной недостаточности II степени одышка появляется при умеренной физической нагрузке, даже эпизодической, имеется цианоз. Некоторые функциональные исследования выявляют нарушения внешнего дыхания уже в состоянии покоя. Жизненная емкость легких составляет 30—40% должной. Минутный объем дыхания после физической нагрузки увеличивается в среднем всего лишь до 118%. Максимальная вентиляция легких снижается в среднем до 45% должной. При рентгеновском исследовании отмечается расширение правого сердца, а рентгенокинография дает указания на поражение и правого, и левого сердца. На электрокардиограмме появляются признаки диффузного поражения миокарда. Насыщение крови кислородом падает до 80% и даже после вдыхания кислорода не приходит к норме. Содержание в крови углекислоты находится на верхней границе нормы, а при физической нагрузке превышает ее. Биоэлектрическая активность дыхательных мышц несколько повышена даже в покое и значительно увеличивается при физической нагрузке. Развивается декомпенсированное хроническое легочное сердце с недостаточностью кровообращения I—II стадий.

При легочной недостаточности II степени противопоказаны виды и условия труда, перечисленные выше. Доступны работы, связанные лишь с незначительным физическим напряжением. Лица интеллектуального труда могут выполнять только кабинетную работу. В связи с этим трудоспособность больных значительно ограничена (инвалидность III группы), а иногда они становятся нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях.

При легочной недостаточности III степени одышка наблюдается даже в покое и усиливается при малейшем физическом напряжении. Имеется значительный цианоз. Жизненная емкость легких снижается до 30% должной. Максимальная вентиляция легких не превышает 20—30% должной. На рентгенокинограммах появляются диафрагмальные зубцы. Биоэлектрическая активность дыхательных мышц при электромиографии изменена даже в покое. Отмечается гипертрофия правого и левого желудочков, развивается декомпенсированное хроническое легочное сердце с недостаточностью кровообращения ПБ — III стадии.

При легочной недостаточности III степени больные нетрудоспособны в обычных профессиональных условиях (инвалидность II группы), а иногда требуют постоянного постороннего ухода и помощи.

При прогрессирующих хронических диффузных заболеваниях легких развивается легочное сердце, и вслед за легочной недостаточностью появляется недостаточность кровообращения.

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

Заболевание длится годами, а иногда и десятками лет, особенно при продолжающемся воздействии факторов, способствующих его возникновению и обострению.

Даже в начале своего развития, когда нет еще осложнений, хронический бронхит сказывается на трудоспособности больных. При обострениях заболевания, кочуры сопровождаются усилением кашля, увеличением количества выделяемой мокроты, появлением одышки, а иногда повышением температуры, лейкоцитоза и СОЭ, больные временно нетрудоспособны. Отпуск по больничному листу для амбулаторного, реже стационарного лечения необходим еще и потому, что активная терапия обострения хронического бронхита с освобождением от работы является обязательным условием профилактики возникновения острой и хронической пневмоний.

Больным хроническим бронхитом противопоказаны работы, связанные со значительным физическим напряжением, особенно с участием аппарата дыхания, воздействием неблагоприятных метеорологических факторов, пыли, раздражающих газов, различных бронхо- и пульмотропных ядов.

В случае необходимости лечебные учреждения (ВКК) дают соответствующие рекомендации в переводе на работу, не связанную с воздействием указанных вредностей. Поскольку при этом квалификация и объем производственной деятельности обычно не снижается, вопрос о переводе на инвалидность не возникает.

В дальнейшем, в связи с присоединением различных осложнений (перибронхит, бронхоэктазии, эмфизема легких и др.), может наступить значительное снижение трудоспособности, требующее перевода больных на инвалидность. В этих случаях трудоспособность определяется тяжестью клинической картины присоединившегося к хроническому бронхиту заболевания (осложнения) и степенью легочной (дыхательной) недостаточности (см. ниже).

ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ

Еще в недалеком прошлом пневмонии являлись одной из основных причин смертности взрослых и детей. Начиная с 40-х годов нашего века в связи с широким внедрением в практику здравоохранения различных сульфаниламидных препаратов и антибиотиков исходы заболевания улучшились. Однако эта проблема остается весьма актуальной и в настоящее время, так как острые пневмонии занимают значительное место в структуре заболеваемости населения и часто вызывают временную потерю трудоспособности. Нередко острые пневмонии принимают затяжное течение и переходят в хроническую форму с последующим развитием пневмосклероза и в конечном итоге — легочно-сердечной недостаточности, а это уже чревато стойкой утратой трудоспособности.

Крупозная пневмония. В последние годы в связи с трансформацией микрофлоры, ранним началом лечения антибиотиками и сульфаниламидами и т. д., клиника и течение крупозной пневмонии значительно изменилась. В преобладающем большинстве случаев воспалительный процесс охватывает не всю долю легкого, а лишь 1—2 сегмента, температура падает в первые 3—5 дней, быстрее ликвидируются явления интоксикации и улучшается самочувствие больных, сокращаются сроки обратного развития всех классических симптомов заболевания. Чаще, чем раньше, встречаются abortивные формы крупозной пневмонии; реже наблюдаются такие осложнения, как плеврит, эмпиема плевры, абсцесс и гангрена легкого.

Больные крупозной пневмонией подлежат стационарному, а в периоде реконвалесценции — амбулаторному лечению. Критериями восстановления трудоспособности является хорошее самочувствие, ликвидация лихорадки, физических и рентгенологических изменений со стороны легких, нормализация состава крови и СОЭ, стабилизация показателей гемодинамики. Преждевременная выписка больных на работу способствует развитию хронических пневмоний.

Очаговая пневмония. Это заболевание встречается в настоящее время чаще крупозного воспаления легких. Вслед-

ствии раннего применения антибиотиков и сульфаниламидных препаратов отмечавшиеся ранее резкие различия между симптоматологией и течением крупозной и очаговой пневмоний в значительной степени сгладились. Так же, как, и при крупозной пневмонии, у преобладающего большинства больных длительность лихорадочного периода не превышает 3—5 дней; иногда субфебрильная температура держится в течение 6—10 дней и лишь затем снижается до нормы. Вслед за этим быстро ликвидируются явления интоксикации и другие субъективные и объективные симптомы заболевания.

Реже встречается интерстициальная очаговая пневмония, которая протекает вяло, торпидно и имеет тенденцию к переходу в хроническую форму с развитием пневмосклероза.

Во время эпидемий гриппа появляются вирусные и вирусно-бактериальные пневмонии. Течение их более тяжелое, длительность лихорадочного периода 5—11 дней, наиболее частые осложнения — сухой и экссудативный плевриты.

Больные очаговыми пневмониями, как правило, подлежат стационарному лечению. Критерии восстановления трудоспособности такие же, как и при крупозной пневмонии.

Больных, перенесших крупозную или очаговую пневмонию (в последнем случае — при тяжелом ее течении), рекомендуется временно переводить на работу, не связанную со значительным физическим напряжением, пребыванием в неблагоприятных метеорологических условиях, вдыханием пыли и раздражающих газов, что может быть сделано через ВКК лечебных учреждений. Это имеет значение для предупреждения развития хронических пневмоний и, следовательно, для профилактики инвалидности. Важную роль приобретает наблюдение участкового (цехового) врача, который должен определить дальнейший профессиональный маршрут реконвалесцента.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ И ПНЕВМОСКЛЕРОЗ

Хроническая неспецифическая пневмония и связанные с ней пневмосклероз, бронхоэктазии и т. д. имеют большой удельный вес в группе хронических нетуберкулезных заболеваний легких. Нужно помнить, что клиническая картина хронической пневмонии, заболевания, которое отличается волнообразностью течения, складывается из отдельных звеньев патологического процесса. Первым звеном этой обычно длинной цепи является клинически выявляемый хронический бронхит, затем рентгенологически определяемый сегментарный или диффузный пневмосклероз и клинико-рентгенологически устанавливаемые бронхоэктазии. Сложную и многоликую картину патологического процесса при хронической пневмонии дополняют затем развивающаяся эмфизема лег-

ких и ряд последовательных функциональных расстройств со стороны системы дыхания и кровообращения. В наиболее выраженных случаях имеется налицо весь комплекс клинических проявлений хронической пневмонии, но часто на первый план выступает то или иное звено патологического процесса. Приводим примеры оформления диагноза.

1. Хроническая пневмония с локализацией в 8 сегменте правого легкого, I стадия, фаза обострения. Хронический бронхит с явлениями перибронхита,

2. Хроническая пневмония с локализацией во 2 и 6 сегментах левого легкого, II стадия, фаза ремиссии. Диффузный пневмосклероз. Бронхоэктазии. Эмфизема легких. Хроническое легочное сердце. Легочная недостаточность II степени. Недостаточность кровообращения II стадии.

Для врачебно-трудовой экспертизы при хронической пневмонии большое значение приобретает выявление развития пневмосклероза. Следует подчеркнуть, что распознавание пневмосклероза в настоящее время базируется почти исключительно на применении рентгенологического исследования. Рентгенологическая характеристика хронической пневмонии и пневмосклероза должна отражать морфологическую сущность патологического процесса с разнообразием его локализации, распространения и другими особенностями. В экспертной практике нельзя ограничиваться обычной рентгеноскопией и рентгенографией легких, а всегда следует дополнять рентгенологическое исследование комплексом рентгенофункциональных и других функционально-диагностических методов исследования внешнего дыхания.

При хронической пневмонии с сегментарным пневмосклерозом, как правило, нет выраженных нарушений функции внешнего дыхания (легочной недостаточности). Если нет обострения заболевания, то не отмечается и признаков общей интоксикации. В таких случаях больных следует считать трудоспособными. При обострении в течении заболевания больные временно нетрудоспособны и нуждаются в амбулаторном или стационарном лечении. Критериями восстановления трудоспособности следует считать улучшение самочувствия больного, прекращение лихорадки, исчезновение физикальных, рентгенологических и лабораторных признаков воспалительного процесса в легких, стабилизацию показателей функции внешнего дыхания (если были явления легочной недостаточности). Для предупреждения развития инвалидности необходимо предпринимать меры к рациональному трудоустройству этих больных (перевод на работу, не связанную с охлаждением, вдыханием пыли и т. д.). Эти трудовые рекомендации, касающиеся лишь некоторых противопоказанных условий труда, дают обычно ВКК лечебных учреждений. Но если подобные ограничения влекут за собой снижение квалификации или уменьшение производственной

деятельности, то больных следует направлять на ВТЭК и признавать инвалидами III группы.

При хронической пневмонии с диффузным пневмосклерозом в большинстве случаев возникает та или иная степень легочной, а затем и легочно-сердечной недостаточности, что по сути и является основным фактором, определяющим трудоспособность и возможности трудоустройства этих больных. Стадии недостаточности кровообращения, развивающиеся при хронической пневмонии и пневмосклерозе, не обязательно совпадают со степенями легочной недостаточности. Поэтому считается более правильным в целях облегчения врачебно-трудовой экспертизы отмечать в функциональной части диагноза отдельно степень легочной недостаточности и стадию недостаточности кровообращения (см. выше примеры оформления диагноза).

При первичном освидетельствовании во ВТЭК больные хронической пневмонией с пневмосклерозом и легочной недостаточностью I степени при условии, что нет обострения процесса и осложняющих моментов (например, бронхоэктазией, бронхиальной астмы), в большинстве случаев признаются трудоспособными, но нуждаются в рациональном трудоустройстве с учетом противопоказанных условий труда. Это положение полностью применимо ко всем лицам, занимающимся умственным, легким физическим и даже умеренным физическим трудом. Что касается тяжелого физического труда, то даже при I степени легочной недостаточности он противопоказан. Этим больным следует переводить на работу с легкой и средней физической нагрузкой. Круг доступных профессий для больных хронической пневмонией и диффузным пневмосклерозом с I степенью легочной недостаточности остается еще широким как в отношении квалифицированного, так и неквалифицированного труда. Если профессиональное перемещение не связано со снижением квалификации или уменьшением объема производственной деятельности, то оно может быть сделано по заключению ВКК лечебного учреждения, где лечился больной. Но если эти ограничения приводят к снижению квалификации, уменьшению объема работы или сопровождаются затруднениями в трудоустройстве, больные направляются на ВТЭК для определения III группы инвалидности. Если это касается лиц молодого возраста, то, учитывая длительность течения заболевания, следует ставить вопрос о профессиональном обучении или приобретении непротивопоказанной квалифицированной профессии. В этих случаях на период обучения больные, как правило, должны также получать III группу инвалидности.

Больные хронической пневмонией и диффузным пневмосклерозом при наличии II степени легочной недостаточности в

значительном большинстве случаев не могут выполнять работу, связанную даже с умеренной физической или речевой нагрузкой. Они обычно признаются ограниченно трудоспособными в профессиональных условиях (III группа инвалидности), а иногда и нетрудоспособными (II группа инвалидности). При этом III группа инвалидности, как правило, определяется больным, занятым легким физическим или интеллектуальным трудом, связанным с речевой нагрузкой или пребыванием в противопоказанных метеорологических условиях (работа в экспедициях, частые командировки в осенне-зимний период и т. д.).

При прогрессировании заболевания легочная недостаточность усиливается и достигает иногда III степени. Экспертиза трудоспособности у этих больных не встречает особых затруднений. Как правило, в таких случаях и при первичном, и при повторном освидетельствовании во ВТЭК определяется II группа инвалидности. Более того, наличие резких нарушений функции органов дыхания и кровообращения иногда настолько отягощает состояние больного, что они требуют постоянного постороннего ухода и помощи. Таким больным определяется I группа инвалидности.

Присоединение к имеющейся легочной недостаточности кровообращения, ухудшает состояние больных хронической пневмонией и диффузным пневмосклерозом и требует соответствующей экспертной оценки. Конечно, возникновение на фоне легочной недостаточности I степени таких же начальных явлений недостаточности кровообращения, как правило, еще не служит основанием для ограничения трудоспособности при умеренном и легком физическом, а также интеллектуальном труде. Однако при присоединении даже I стадии недостаточности кровообращения у больных, занимающихся тяжелым физическим трудом, их часто приходится признавать ограниченно трудоспособными, т.е. инвалидами III группы, ввиду необходимости перевода на более легкую работу, что, как правило, связано со снижением квалификации или уменьшением объема производственной деятельности. При возникновении на фоне имеющейся легочной недостаточности кровообращения ПА или ПБ стадии, в зависимости от конкретных условий и характера труда, определяется III или II группа инвалидности. Следует подчеркнуть, что уже при развитии недостаточности кровообращения ПБ стадии прогноз у больных хронической пневмонией и диффузным пневмосклерозом становится крайне серьезным. Еще более тяжелый контингент составляют больные с III стадией недостаточности кровообращения, у которых имеются уже необратимые изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и внутренних органов. Это, как правило, инвалиды Н, а часто и I группы.

Для хронической пневмонии характерно длительное волнообразное течение, при котором периоды ремиссии сменяются обострениями. Эти обострения требуют амбулаторного, а часто и стационарного лечения, в связи с чем больным выдается больничный лист. При редких обострениях заболевания больные нуждаются в рациональном трудоустройстве, которое осуществляется через ВКК лечебных учреждений. При этом учитывается необходимость устранения таких неблагоприятных факторов, как охлаждение, сырость, запыленность воздуха и др. Вопрос об инвалидности III группы возникает в этих случаях лишь тогда, когда перемещение с одной работы на другую влечет за собой снижение квалификации или уменьшение объема работы, либо трудоустройство наталкивается на большие трудности. Клинический опыт и экспертная практика говорят о том, что при часто повторяющихся обострениях хронической пневмонии речь должна идти не о временной, а уже о стойкой утрате трудоспособности. Если обострения хронической пневмонии повторяются 4—6 раз в год и носят затяжной характер (более месяца), то в общем, хотя и с перерывами, больные очень долго находятся на больничном листе. В таких случаях больные должны признаваться ограниченно трудоспособными (III группа инвалидности) или еще чаще нетрудоспособными, т. е. инвалидами II группы. Если динамическое наблюдение покажет, что состояние больного улучшилось, обострения стали редкими, а ремиссии удлинились, то возможно снова включение в труд с переводом из II в III группу инвалидности.

Таким образом, динамика инвалидности у больных хронической пневмонией и пневмосклерозом зависит от ряда факторов: прогрессирования основного патологического процесса, частоты, длительности и выраженности обострений, изменений выраженности легочной недостаточности и недостаточности кровообращения и т. д. При некотором улучшении функции дыхания и кровообращения в связи с длительным отдыхом и лечением возможен переход (обычно временный) из II группы в III группу инвалидности с включением в легкий физический или интеллектуальный труд. С другой стороны, как показывает длительное динамическое наблюдение, очень часто заболевание прогрессирует, и такие больные постепенно приковываются к постели, требуя постоянного постороннего ухода и помощи, т. е. становятся инвалидами I группы.

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Как уже указывалось, бронхоэктазии могут быть осложнением хронической неспецифической пневмонии и пневмосклероза, накладывая свой отпечаток на течение этого заболева-

ния. Однако часто бронхоэктазы выступают на передний план в клинической картине, приобретая ведущее, даже самодовлеющее значение. Тогда с клинической и экспертной точки зрения можно говорить о бронхоэктатической болезни как о самостоятельном заболевании.

В клинической картине бронхоэктатической болезни важное значение имеет склонность к обострениям, которые следует рассматривать как определенные этапы прогрессирования заболевания. На фоне обострения бронхоэктатической болезни или даже в период ремиссии могут наблюдаться кровохарканья и легочные кровотечения, которые также имеют большое значение для врачебно-трудоустройственной экспертизы. Наконец, для решения вопросов трудоспособности и трудоустройства больных бронхоэктатической болезнью колоссальное значение приобретает развитие легочной, а затем и легочно-сердечной недостаточности.

Во многих случаях вопросы трудоспособности и трудоустройства могут решаться ВКК без направления на ВТЭК. Это прежде всего касается случаев, когда необходимо продление временной нетрудоспособности, например, при затянувшемся обострении заболевания. Критериями наступления ремиссии является улучшение самочувствия больного, уменьшение количества выделяемой мокроты, ликвидация лихорадки, обратное развитие физикальных и рентгенологических изменений со стороны легких, нормализация лабораторных данных, стабилизация показателей функции внешнего дыхания и кровообращения. Кратковременные обострения в течении заболевания (длительностью около месяца 1—2 раза в год или по 10—15 дней 2—3 раза в год), как правило, не приводят к стойкой утрате трудоспособности. Однако здесь многое зависит от рационального трудоустройства и правильных трудовых рекомендаций, даваемых ВКК лечебных учреждений.

Редкие и незначительные кровохарканья (1—2 раза в год длительностью 1—2 дня) у большинства больных также не приводят к стойкой потере трудоспособности.

Развитие легочной недостаточности I степени и недостаточности кровообращения I стадии само по себе также не является основанием для установления инвалидности, если при этом нет оснований для перемены профессии и не возникает каких-либо существенных ограничений в труде. В этих случаях по заключению ВКК больные бронхоэктатической болезнью могут быть освобождены от ночных смен, от работ, связанных с воздействием неблагоприятных метеорологических факторов. В своих заключениях ВКК должны оговаривать противопоказанность сверхурочных работ, необходимость предоставления ряда облегченных или измененных условий труда без потери основной профессии и снижения ква-

лификации. Все это часто дает больному возможность продолжать работу без перевода на инвалидность.

Ведущим критерием в установлении инвалидности у больных бронхоэктатической болезнью является выраженная склонность к обострениям заболевания.

При частых, хотя и кратковременных (примерно 4—6 раз в год по 10—15 дней), или при редких, но затяжных обострениях бронхоэктатической болезни (например, 2—3 раза в год по 30—40 дней) больные должны направляться на ВТЭК и признаваться ограниченно трудоспособными, т.е. инвалидами III группы. Это связано с тем, что в таких случаях при профессиях физического и даже интеллектуального труда, почти как правило, требуется ряд ограничений, которые сопровождаются снижением квалификации или уменьшением объема производственной деятельности.

Следующим по значимости признаком, играющим важную роль в оценке трудоспособности больных бронхоэктатической болезнью, является кровохарканье (легочное кровотечение).

Выше уже говорилось, что при редких и незначительных кровохарканьях больные обычно являются временно нетрудоспособными. Однако при резко выраженных кровохарканьях или легочных кровотечениях (по нескольку раз в месяц от 100 до 200 мл крови) больные бронхоэктатической болезнью нуждаются в значительных ограничениях в труде, что соответствует III группе инвалидности.

Третьим по степени значимости обстоятельством, играющим роль при экспертизе трудоспособности у больных бронхоэктатической болезнью, является легочная недостаточность. Если она не превышает I—II степени, то сама по себе является решающей для ограничения трудоспособности. Однако наличие II или II—III степени легочной недостаточности уже резко влияет на трудоспособность больных. В определенных профессиональных условиях больные бронхоэктатической болезнью со II степенью легочной недостаточности являются ограниченно трудоспособными (III группа инвалидности), а иногда, особенно при II—III степени легочной недостаточности, их приходится признавать нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях, т.е. инвалидами II группы.

Клинический опыт показывает, что чаще всего при бронхоэктатической болезни имеет место сочетание склонности к обострениям и кровохарканьям при той или иной степени легочной недостаточности и недостаточности кровообращения. Если даже указанные изменения выражены умеренно, их сочетание требует ряда ограничений в профессиональном труде, что сопровождается снижением квалификации или уменьшением объема производственной деятельности (III группа инвалидности).

Подводя итог сказанному, следует указать, что больные бронхоэктатической болезнью признаются ограниченно трудоспособными, т.е. инвалидами III группы, в тех случаях, когда на общем фоне легочной недостаточности I или I—II степени, особенно при неблагоприятных условиях труда, выявляется склонность к частым и кратковременным или редким, но длительным обострениям. Подобную же роль играет наличие частых и небольших или редких, но зато обильных кровохарканий. У таких больных трудовые возможности резко суживаются, что приводит к снижению квалификации или к необходимости сокращения объема производственной деятельности и другим ограничениям в труде.

На определенном этапе течения заболевания, особенно при неблагоприятных условиях труда, бронхоэктатическая болезнь вступает в фазу очень частых и длительных обострений (до 5—6 раз в год длительностью по 30—40 дней) с краткими ремиссиями между отдельными вспышками. Такие больные должны признаваться нетрудоспособными (II группа инвалидности) при первичном обращении во ВТЭК.

На фоне обострений бронхоэктатической болезни бывают кровохарканья или небольшие кровотечения, которые вызывают временную нетрудоспособность с выдачей больничного листа. Но иногда эти кровотечения приобретают характер весьма обильных и угрожающих. Если они происходят часто, то постепенно отягощают клиническую картину и способствуют утрате трудоспособности (инвалидность II группы).

При прогрессировании бронхоэктатической болезни развивается диффузный пневмосклероз, а это в свою очередь приводит к нарастанию легочной недостаточности. При легочной недостаточности II или II—III степени больные часто полностью нетрудоспособны (инвалидность II группы), либо труд им доступен лишь в специально созданных условиях, чаще — на дому, реже — на производстве. На поздних этапах развития заболевания к легочной недостаточности присоединяется недостаточность кровообращения, иногда достигающая стадии ПБ или III. Это также само по себе служит основанием для признания больных нетрудоспособными, т.е. инвалидами II группы.

С течением времени при бронхоэктатической болезни может развиваться такое осложнение, как амилоидоз почки. На первом, раннем, предотечном этапе течения амилоидоз почек еще не отражается на трудоспособности больных. Однако в дальнейшем, в отечном периоде и особенно при развитии почечной недостаточности, трудоспособность больных резко снижается. В профессиях физического труда, а также при неблагоприятных условиях и в других профессиях эти больные полностью нетрудоспособны (инвалидность II группы). Лишь иногда они могут выполнять самую легкую физиче-

скую и не напряженную интеллектуальную работу в специ* ально созданных условиях на производстве или дома.

Резюмируя, следует указать, что больные бронхоэктатической болезнью признаются нетрудоспособными при всех условиях и видах труда, т. е. инвалидами II группы в тех случаях, когда заболевание протекает с очень частыми и длительными обострениями, а также при частых легочных кровотечениях или обильных частых кровохарканьях. Равным образом наличие легочной недостаточности II или II—III степени и недостаточность кровообращения ПБ или III стадии исключает возможность продолжения регулярного труда в производственных условиях. Несомненным основанием для определения инвалидности II группы, особенно при неблагоприятных условиях труда является развитие у больных бронхоэктатической болезнью амйлоидоза почек. Нередко тяжесть состояния больных бронхоэктатической болезнью в далеко зашедших стадиях заболевания усугубляется развитием легочной недостаточности II и III степени и недостаточности кровообращения ПБ и III стадии. Такие больные нуждаются в госпитализации или лечении на дому в течение длительного времени и являются инвалидами I группы, поскольку требуют постоянного постороннего ухода и помощи.

Присоединение почечной патологии, осложняющей бронхоэктатическую болезнь на финальном этапе ее течения, резко ухудшает состояние больных, приковывает их к постели, делает их нуждающимися в посторонней помощи и постоянном уходе. Это инвалиды I группы без переосвидетельствования, так как у них (согласно перечню заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается В*?ЭК без указания срока переосвидетельствования) выражены явления почечной недостаточности, легочной недостаточности и недостаточности кровообращения.

Итак, при установлении больным бронхоэктатической болезнью инвалидности I группы наибольшее значение приобретают следующие факторы: 1) почти не затихающие обострения с явлениями интоксикации и выделением значительного количества гнилостной макроты; 2) очень частые значительные легочные кровотечения (обычно также на фоне обострений); 3) развитие легочной недостаточности III и II—III степени и недостаточности кровообращения III и ПБ—III стадии; 4) присоединение амйлоидоза почек с развитием почечной недостаточности.

* ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ

Эмфизема легких нередко обуславливает инвалидность, что объясняется не только данными, характеризующими морфологический субстрат процесса, но и нарушениями функции

систем дыхания и кровообращения, которые наблюдаются при этом заболевании.

С точки зрения экспертизы трудоспособности, в соответствии с периодами течения, различают три степени тяжести эмфиземы легких. Начальному периоду или начальной фазе течения заболевания без явлений или с явлениями легочной недостаточности I степени соответствует I степень эмфиземы легких. Выраженным проявлением заболевания с симптомами легочной недостаточности II степени при недостаточности кровообращения от I до I—ПА или ПА стадии соответствует II степень эмфиземы легких. Резко выраженным проявлением заболевания с легочной недостаточностью III степени при недостаточности кровообращения ПБ, ИБ—III или III стадии соответствует III степень эмфиземы легких. Однако эта классификация весьма схематична и, как всякая иная схематизация, является сугубо условной.

Ориентировочно схему экспертных решений при эмфиземе легких можно представить следующим образом. При 0—I или I степени легочной недостаточности, сочетающейся с 0—I или I стадией недостаточности кровообращения, больным эмфиземой легких противопоказан даже эпизодический тяжелый физический труд. Они могут выполнять физический труд умеренной тяжести и легкий физический труд, а также все виды интеллектуального труда, если работа не протекает в противопоказанных условиях (холод, сырость, наличие пыли и раздражающих веществ). Обычно при профессии и условиях труда, удовлетворяющих этим требованиям, больных удается трудоустроить через ВКК лечебных учреждений, указав на противопоказанность некоторых условий труда. В направлении на ВТЭК такие больные не нуждаются.

При эмфиземе легких с легочной недостаточностью II степени противопоказан не только тяжелый физический труд, но даже физический труд умеренной тяжести. Этим больным противопоказана работа, связанная с длительной ходьбой, воздействием неблагоприятных метеорологических условий, пылевого фактора и раздражающих веществ. Такие требования к условиям труда, а главное противопоказанность даже умеренной физической нагрузки приводят часто к необходимости перехода на работу, связанную со снижением квалификации либо с необходимостью уменьшения объема производственной деятельности. Кроме того, иногда в связи с этим, особенно в сельских районах, возникают затруднения в трудоустройстве. Иными словами, наличие II степени легочной недостаточности у лиц физического труда чаще всего дает основание к определению III группы инвалидности. Для лиц интеллектуального труда, кроме вышеперечисленных ограничений, противопоказана также работа, связанная с речевой нагрузкой (профессии лекторов, педагога, певца, артиста

та и др.)- Все же применительно к лицам интеллектуального труда при II степени легочной недостаточности вопрос об определении группы инвалидности встает значительно реже.

При приближении легочной недостаточности III степени, когда присоединяется уже и недостаточность кровообращения ПА—ПБ стадии, больным эмфиземой легких противопоказана всякая физическая нагрузка. По сути дела им противопоказаны все виды труда как физического, так и интеллектуального в производственных условиях (II группа инвалидности). В финальной фазе течения заболевания, когда легочная недостаточность достигает III степени и развивается недостаточность кровообращения ПБ или III стадии, больные оказываются прикованными к постели и как требующие постоянного ухода и посторонней помощи являются инвалидами I группы без указания срока переосвидетельствования.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Это распространенное заболевание, при котором довольно часто возникает временная и постоянная потеря трудоспособности. Формы и течение болезни при бронхиальной астме представляют большое разнообразие. Приступы удушья отличаются разной степенью тяжести, различной частотой появления и различной длительностью интервалов между ними. Нередко в течении бронхиальной астмы наблюдается цикличность: период частых приступов удушья, т. е. обострение заболевания, сменяется светлым промежутком или относительным благополучием. Внешние факторы, способствующие появлению приступов удушья, в большинстве случаев остаются неясными. Длительные ремиссии в течении бронхиальной астмы создают иногда впечатление полного клинического выздоровления, но оно не вполне достоверно.

Выделяют преастматическое состояние и две формы бронхиальной астмы — инфекционно-аллергическую и неинфекционно-аллергическую (атоническую). При обеих формах бронхиальной астмы течение может быть легким, среднетяжелым и тяжелым. В диагнозе отмечают также фазу течения заболевания (обострение или ремиссия), наличие патологии со стороны легких и др. Приводим примеры оформления диагноза.

1. Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая форма, тяжелое течение, фаза обострения. Хроническая пневмония, II стадия. Диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких. Хроническое легочное сердце. Легочная недостаточность II степени. Недостаточность кровообращения ПА стадии.

2. Бронхиальная астма, неинфекционно-аллергическая (атоническая) форма, легкое течение, фаза ремиссии.

Следует отметить, что в практике врачебно-трудовой экспертизы принято для уточнения формы, стадии, тяжести течения бронхиальной астмы,

наличия и степени легочно-сердечной недостаточности и т. д. обелено* вать больного в условиях стационара, особенно если он впервые направляется на ВТЭК.

Деление по тяжести течения весьма удобно для целей врачебно-трудовой экспертизы, но каждая из выделенных степеней тяжести требует более подробной характеристики.

Легкое течение **бронхиальной астмы** характеризуется редкими обострениями заболевания (2—3 раза в год). Приступы удушья кратковременны (не более получаса). Иногда они носят стертый, нечеткий характер и проявляются в виде затрудненного дыхания и небольшого количества сухих хрипов в легких. Обычно приступы удушья при легком течении бронхиальной астмы купируются эфедрином, теофедрином, антастманом и др. при приеме их внутрь. Вне приступа дыхание свободное, астматическое состояние отсутствует. На фоне хронического бронхита обычно обнаруживается хроническая пневмония I стадии. При длительном течении заболевания выявляется незначительная или умеренно выраженная эмфизема легких в базальных отделах, которая редко приводит к развитию легочной недостаточности.

У большинства больных легкой формой бронхиальной астмы жизненная емкость и максимальная вентиляция легких не изменены или незначительно снижены, насыщение артериальной крови кислородом, содержание углекислоты в крови и альвеолярном воздухе нормальны. Минутный объем дыхания, как правило, незначительно увеличен. Проба Тиффно не дает отклонений от нормы. При появлении признаков легочной недостаточности эти показатели иногда отклонены от нормы, что обусловлено развитием эмфиземы легких. У части больных с длительным сроком заболевания при электрокардиографическом исследовании отмечается увеличение скорости распространения пульсовой волны, что обусловлено повышением давления в системе легочной артерии. Это подтверждается данными электрокардиографического исследования, при котором выявляются довольно характерные изменения: высокие зубцы *P* и депрессия сегмента *S—T* во II, III и правых позициях грудных отведений при отклонении электрической оси сердца вправо.

При легком течении бронхиальной астмы больные в период приступов временно нетрудоспособны, причем длительность пребывания на больничном листке не превышает 3—6 дней. В тех случаях, когда бронхиальная астма осложняется хроническим бронхитом, хронической пневмонией и др., длительность временной нетрудоспособности зависит от сроков ликвидации обострения этих заболеваний.

Учитывая патогенетические механизмы бронхиальной астмы, даже при легком ее течении противопоказаны работы,

связанные со значительным физическим напряжением, повышенной нагрузкой на аппарат дыхания, воздействием пыли, раздражающих веществ и газов, пребыванием в неблагоприятных метеорологических условиях, а также контакт с аллергенами, вызывающими приступы удушья. В тех случаях когда в основной профессии имеются противопоказанные факторы, больных следует переводить на показанные виды и условия труда по заключению ВКК лечебных учреждений, имея в виду, что им доступен широкий круг профессий и видов труда, протекающих в благоприятных санитарно-гигиенических условиях. Иногда на время переобучения больных, особенно молодых лиц, следует признавать ограниченно трудоспособными, т. е. инвалидами III группы. В части случаев, главным образом при большой длительности заболевания, когда имеются явления хронического бронхита, хронической пневмонии, эмфиземы легких, легочной недостаточности, а в основной профессии есть противопоказанные факторы, больным также дается инвалидность III группы.

Среднетяжелое течение бронхиальной астмы характеризуется более частыми обострениями (3—4 раза в год). Приступы удушья более продолжительны (от 1 до 3 часов), протекают тяжелее и купируются только при парентеральном введении адреналина, эфедрина, эуфиллина и др. Между приступами может сохраняться легкое астматическое состояние. Отмечаются явления хронического бронхита, хронической пневмонии II стадии, пневмосклероза, эмфиземы легких. Развивается легочная недостаточность I, I—II и даже III степени. Значительно снижается жизненная емкость легких, насыщение артериальной крови кислородом, максимальная вентиляция легких. Повышение содержания углекислоты в крови и альвеолярном воздухе наблюдается сравнительно редко, что объясняется значительным увеличением минутного объема дыхания (гипервентиляция). Проба Тиффно составляет 50—60% жизненной емкости легких. При электрокардиографическом исследовании часто наблюдается отклонение электрической оси сердца вправо с характерными изменениями зубцов *R* и *T* и смещением сегмента — *T* во II, III и правых позициях грудных отведений. Отмечается значительное увеличение скорости распространения пульсовой волны в легких, что связано не только с гипертензией в малом круге кровообращения, но в части случаев и с морфологическими изменениями в системе легочной артерии.

При среднетяжелом течении бронхиальной астмы длительность временной нетрудоспособности обусловлена частотой и выраженностью приступов удушья, обострением хронической пневмонии, развитием легочно-сердечной недостаточности и др. Она обычно не превышает 7—15 дней, что повторяется в среднем 3—4 раза в год.

В тех случаях, когда у больных в основной профессии нет противопоказанных факторов, они длительное время трудоспособны. Однако круг доступных видов и условий труда у этих больных значительно ограничен не только из-за приступов удушья, но и наличия бронхита, хронической пневмонии, пневмосклероза, эмфиземы легких, легочно-сердечной недостаточности. В этих случаях доступна работа, связанная с незначительным физическим или умеренным нервно-психическим напряжением в сухом, теплом и не запыленном помещении. Поэтому больные с бронхиальной астмой средней тяжести чаще являются ограниченно трудоспособными, т. е. инвалидами III группы. В более редких случаях их признают нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях, т. е. инвалидами II группы.

Тяжелое течение бронхиальной астмы характеризуется частыми обострениями (5 раз в год и более). У некоторых больных заболевание рецидивирует почти непрерывно. Приступы удушья протекают тяжело, купируются с трудом, лишь при повторном парентеральном введении бронхолитических и других средств. Между приступами остается выраженное астматическое состояние. У больных, как правило, диагностируется хроническая пневмония III стадии, диффузный пневмосклероз с бронхоэктазиями, эмфизема легких. Отмечается выраженная легочно-сердечная недостаточность. Жизненная емкость и максимальная вентиляция легких резко снижены. Насыщение артериальной крови кислородом снижено, а количество углекислоты в крови и альвеолярном воздухе повышено, хотя минутный объем дыхания значительно увеличен. Проба Тиффно составляет 35—50% жизненной емкости легких. На электрокардиограмме, особенно при выраженной легочной недостаточности, наблюдается отклонение электрической оси сердца вправо и характерные признаки диффузного поражения гипертрофированного миокарда правого желудочка. При электрокимографическом исследовании отмечается удлинение фазы изометрического сокращения желудочков, преимущественно правого, значительное увеличение скорости распространения пульсовой волны в легких и снижение амплитуды кривой электрокимограммы. Это ускорение распространения пульсовой волны обусловлено не только повышением тонуса сосудов легочной артерии, но и морфологическими ее изменениями.

При тяжелом течении бронхиальной астмы больные, как правило, нетрудоспособны (II группа инвалидности). Иногда им можно рекомендовать легкие виды ручного труда на дому. При прогрессировании легочно-сердечной недостаточности больные прикованы к постели и нуждаются в постоянном постороннем уходе и помощи, т. е. должны признаваться инвалидами I группы.

В заключение следует указать, что больные с преастматическим состоянием и те, у которых впервые возник приступ бронхиальной астмы, должны быть подвергнуты детальному клиническому обследованию и настойчивому лечению при условии обязательного диспансерного наблюдения. Необходимо уделять внимание выявлению и санации хронических очагов инфекции. Иногда проведенное лечение может привести к излечению заболевания и полностью восстановить трудоспособность больного, особенно если он выполняет работу, не связанную со значительным физическим напряжением, или занимается интеллектуальным трудом в благоприятных метеорологических условиях, вне контакта с токсическими веществами.

В тех случаях когда основная профессия и условия труда больного связаны с факторами, обладающими способностью аллергизировать или раздражать верхние дыхательные пути, и больной признается инвалидом, причиной инвалидности следует считать профессиональное заболевание. При этом руководствуются списком профессиональных заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС в 1970 г.

АБСЦЕСС ЛЕГКОГО

Заболевание обычно протекает остро, иногда волнообразно и при благоприятном течении через 2—4 недели заканчивается излечением. Но о полном выздоровлении можно говорить лишь в тех случаях, когда исчезают все клинические проявления заболевания, а рентгенологические данные указывают на ликвидацию полости с развитием на ее месте соединительной ткани.

При остром абсцессе легкого больные временно нетрудоспособны в среднем 2—3, реже 4 месяца. При неблагоприятном течении примерно в 30—40% случаев заболевание переходит в хроническую форму.

Оценка трудоспособности при хроническом абсцессе легкого зависит от частоты обострений заболевания, склонности к кровохарканьям, выраженности интоксикации, развития пневмосклероза, эмфиземы легких, легочной и легочно-сердечной недостаточности, анемии, истощения. Иногда абсцесс легкого дает метастазы в мозг, осложняется гнойным плевритом. С течением времени при хроническом абсцессе легкого может развиваться амилоидоз почек.

При легкой форме заболевания, с редкими обострениями (не более 1 раза в год) и незначительно выраженной интоксикацией, противопоказаны тяжелый и даже умеренный физический труд. Больные не могут выполнять работу, связанную с воздействием неблагоприятных метеорологических фак-

торов, пыли, раздражающих веществ и аноксемических ядов. Если при переводе на другую работу снижаются квалификация и заработок, возникает необходимость установления III группы инвалидности. В остальных случаях, особенно при интеллектуальном труде, больные трудоспособны.

При форме средней тяжести, с обострениями не чаще 2—3 раз в год, умеренно выраженной интоксикацией и упадком питания, развитием легочной недостаточности I или I—II степени противопоказана работа с умеренным физическим и значительным нервно-психическим напряжением, воздействие неблагоприятных метеорологических факторов, работа в условиях высоких и низких температур, вдыханием пыли, раздражающих газов. В большинстве случаев трудоспособность больных значительно ограничена, и им должна устанавливаться инвалидность III группы. Иногда при тяжелых обострениях, значительной интоксикации, развитии пневмосклероза эмфиземы легких, выраженной легочно-сердечной недостаточности больные нетрудоспособны в обычных производственных условиях (II группа инвалидности).

При тяжелой форме хронического абсцесса легкого, характеризующейся прогрессирующим течением заболевания с частыми обострениями, резко выраженной интоксикацией, нарастанием анемии, легочной и сердечно-легочной недостаточности, развитием амилоидоза внутренних органов, больные нетрудоспособны (II группа инвалидности). Иногда состояние больных настолько тяжело, что они прикованы к постели и требуют постоянного ухода и посторонней помощи. В этих случаях они должны признаваться инвалидами I группы.

ПЛЕВРИТЫ

Чаще всего, примерно в 90% случаев, плевриты являются следствием туберкулеза бронхолегочных лимфатических узлов или легких. Реже причиной плевритов служат ревматизм, пневмонии, легочные нагноения, инфаркты, рак легкого и т. д.

Наиболее часто встречающийся туберкулезный плеврит может быть сухим и экссудативным. Сухой плеврит протекает сравнительно легко. Боль в боку, лихорадка, шум трения плевры и др. Держатся в среднем 7—10 дней. Иногда в плевральной полости появляется выпот, и сухой плеврит переходит в экссудативный. Но плеврит с самого начала может протекать как экссудативный; в этом случае клиническая картина заболевания будет значительно более тяжелая и больные подлежат стационарному лечению. Экссудат рассасывается в среднем через 1—1½ месяца, однако это не всегда указывает на полное выздоровление, особенно при наличии активного туберкулеза легких. В последнем случае отпуск по больничному листу для стационарного (амбулаторного) лечения

продлевается на более длительные сроки (иногда до 10. месяцев). При отсутствии явных туберкулезных изменений в легких критериями восстановления трудоспособности являются хорошее самочувствие больных, ликвидация лихорадки, выпота в плевральной полости, нормализация лейкоцитоза, СОЭ, показателей гемодинамики.

Иногда плевриты осложняют течение ревматизма, пневмоний, рака легкого и т. д. Особенностью плеврита ревматического происхождения является его быстрая ликвидация под влиянием лечения противоревматическими средствами и глюкокортикоидами. В общем же трудоспособность при перечисленных формах плевритов определяется течением основного заболевания (см. соответствующие разделы).

Очень тяжело протекают гнойные плевриты, при которых временная нетрудоспособность длится обычно не менее 3 месяцев. Если развивается хроническая эмпиема плевры, то способность к профессиональному труду полностью утрачивается. При благоприятном течении заболевания процесс заканчивается развитием плевральных спаек.

Плевральные спайки, остающиеся после серозных плевритов, обычно невелики и не приводят к нарушению функции дыхания. После гнойных плевритов могут развиваться обширные плевро-диафрагмальные, а иногда и плевро-перикардальные сращения. В некоторых случаях наступает полная облитерация плевральной полости. При этом в связи с вовлечением в воспалительный процесс, кортикальных отделов легкого, появлением ателектазов иногда развивается пневмосклероз (плеврогенный цирроз легкого).

Трудоспособность при плевральных спайках определяется в основном функциональным состоянием системы дыхания.

При небольших плевральных спайках функция внешнего дыхания не нарушается, поэтому трудоспособность больных не снижается. Но при обширных плевральных сращениях, а тем более при облитерации плевральной полости развивается легочная недостаточность различных степеней.

При обширных плевральных сращениях с наличием легочной недостаточности I степени противопоказаны работы, связанные со значительным физическим напряжением, воздействием промышленных газов, пыли, неблагоприятных метеорологических факторов. Однако ввиду широкого круга доступных профессий перемена работы в этих случаях редко ведет к значительному снижению квалификации и необходимости установления инвалидности.

При развитии легочной недостаточности I—II или II степени противопоказана работа, связанная с умеренной физической нагрузкой, длительной ходьбой. Кроме противопоказаний, перечисленных выше, следует учитывать нежелательность воздействия высоких и низких температур. В этих слу-

чаях перевод на другую работу часто связан со снижением квалификации или уменьшением объема производственной деятельности что требует определения III группы инвалидности.

При развитии плеврогенного пневмосклероза с возникновением легочной недостаточности II и II—III степени, а затем и легочно-сердечной недостаточности больные становятся нетрудоспособными в обычных производственных условиях (II группа инвалидности).

Медицинский и трудовой прогнозы еще более ухудшаются при появлении парадоксального пульса, связанного с развитием мощных плевро-перикардиальных сращений.

РАК ЛЕГКОГО

При ранней диагностике рака легкого радикальная операция дает удовлетворительные отдаленные результаты: 30% больных живут после пневмонэктомии более 3 лет, 28% — более 5 лет. В связи с улучшением клинического, а следовательно, и трудового прогноза вопросы трудоспособности и трудоустройства больных раком легкого занимают все большее место в практике ВКК и ВТЭК-

По клиническим проявлениям и течению рак легкого делят на 4 стадии.

Начальная, I стадия как центрального, так и периферического рака легкого в большинстве случаев малосимптомна или бессимптомна. Иногда отмечается сухой кашель или выделение небольшого количества слизистой мокроты. Часто больные отмечают немотивированную утомляемость, общее недомогание, однако при физическом исследовании каких-либо отклонений от нормы со стороны легких выявить не удается. Крайне скудна и рентгенологическая картина: лишь иногда в случае бронхогенного рака легкого при динамическом наблюдении удается выявить начальные проявления ателектаза. В этих случаях уточнению диагноза может помочь бронхография, бронхоскопия с одновременной биопсией и цитологическое исследование мокроты. Вследствие сложности диагностики, в начальной стадии рака легкого заболевание трактуется как хронический бронхит и т. п. С другой стороны, трудоспособность больных, как правило, еще не снижена. Поэтому больные с I стадией рака легкого на ВТЭК обычно не попадают.

Рак легкого II стадии характеризуется более богатой клинической симптоматологией, что связано в основном с развитием частичного или полного ателектаза соответствующего легочного сегмента. Клиническая картина часто напоминает хроническую неспецифическую пневмонию. Кашель приобретает мучительный приступообразный характер. Мокрота ста-

иовится слизисто-гноной или гноной, количество ее возрастает, нередко появляется примесь крови. Развивается выраженная одышка. Течение заболевания характеризуется следующими друг за другом вспышками пневмонии с лихорадкой, лейкоцитозом, необычным увеличением СОЭ (до 60—70 мм в час). Часто вовлекается в процесс плевра, что сопровождается появлением резких болей в грудной клетке, вначале сухого, а затем выпотного плеврита.

Клиническая картина III—IV стадий рака легкого в целом определяется типичными, быстро развивающимися осложнениями. Общее состояние больных ухудшается, нарастает слабость, снижается вес тела. Постепенно развивается раковая кахексия и адинамия, приковывающая больных к постели. Температура периодически резко повышается, часто наблюдаются кровохарканья. Наиболее тяжелым клиническим проявлением этих стадий течения заболевания является прогрессирующая легочная недостаточность.

В последней, IV стадии рака легкого, в связи с инфильтрирующим ростом опухоли и ее метастазированием, появляются симптомы, весьма отягощающие клиническую картину (метастазы в плевру, головной мозг, кости, сдавление пищевода и т.д.).

Во II, III и IV стадиях бронхогенного рака легкого опухоль выявляется при рентгенологическом исследовании, которое позволяет установить размеры поражения легочной ткани, вовлечение в процесс плевры, изменения регионарных лимфатических узлов и т. п.^{*}

Если при бронхогенном (центральном) раке легкого рентгенологическое исследование наталкивается на ряд трудностей, то рентгенодиагностика при периферическом расположении опухоли более проста. Уже в I стадии периферического рака легкого опухоль хорошо видна в виде округлого или овального затемнения. Еще более четкая рентгенологическая картина наблюдается во II, III и IV стадиях периферического рака легкого.

Однако и при центральном, и при периферическом раке легкого часто возникают диагностические трудности, что требует проведения дифференциального диагноза и порождает известные сомнения и колебания у клиницистов и врачей-экспертов. Особенно часто приходится проводить дифференциальный диагноз между раком легкого и хронической пневмонией, абсцессом, туберкулезом легких (прикорневой аденит, туберкулома), эхиноккокком. Трудности диагностики и дифференциальной диагностики приводят иногда к тому, что диагноз рака легкого не устанавливается или, наоборот, ставится там, где рака нет. Это, естественно, влечет за собой ошибки и нестабильность в экспертных решениях и трудоустройстве больных раком легкого.

Вопросы трудоспособности при раке легкого разработаны недостаточно и в литературе почти не освещены. На экспертные решения накладывает свой отпечаток представление о раке легкого, как о безнадежном заболевании, приводящем к фатальному концу. Это нацеливает врачей ВТЭК на признание больных раком легкого инвалидами I группы, независимо от формы и стадии болезни. Такая тактика не может быть признана правильной хотя бы потому, что при этом травмируется психика больного, получающего как бы официальное признание обреченности. Кроме того, эта тактика не оправдана в связи с тем, что в начале заболевания, иногда довольно длительное время, больные остаются трудоспособными. Клинический и трудовой прогноз при раке легкого, как уже говорилось, в последнее время улучшился в связи с успехами грудной хирургии. Наконец, как показывает опыт, такая тактика при экспертизе трудоспособности у больных раком легкого не оправдана и в связи с довольно частыми диагностическими ошибками.

При прогрессировании заболевания, во II стадии рака легкого и в начальном периоде III стадии, когда ухудшается общее состояние и возникают тяжелые изменения со стороны самого легкого, плевры и т. д., больные становятся нетрудоспособными, независимо от их профессии и условий труда. ВТЭК должны определять таким больным II группу инвалидности. При дальнейшем разворачивании клинической картины, характерной для III и IV стадий рака легкого, когда появляются соответствующие осложнения и метастазирование, больные обычно прикованы к постели и требуют постоянного ухода и помощи. Это вызывает необходимость определения I группы инвалидности без указания срока пересвидетельствования.

Иногда при установлении инвалидности у больных раком легкого встает вопрос о трактовке заболевания как профессионального. Если профессия больного связана с вдыханием пыли радиоактивных руд или руд, содержащих хром, то рак легкого признается профессиональным заболеванием в соответствии со списком профессиональных заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС в 1970 г.

РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО И ПНЕВМОНЭКТОМИЯ

Проблема восстановления трудоспособности после резекции легких и пневмонэктомий в связи с увеличением количества производимых операций по поводу нагноительных заболеваний, рака, туберкулеза легких и т. д. приобретает важное значение. Следует указать, что врачи нередко переоценивают факт перенесенной больным резекции легкого или пнев-

монэктомии, а иногда недостаточно уделяют внимания определению степени функциональных нарушений со стороны органов дыхания и кровообращения. Это приводит к неправильным экспертным решениям как в сторону завышения так и занижения группы инвалидности.

При экспертизе трудоспособности у больных, перенесших операцию резекции легкого или пневмонэктомии, необходимо учитывать следующие моменты: 1) диагноз заболевания, по поводу которого производилась операция; 2) длительность и характер течения болезни до операции; 3) объем оперативного вмешательства; 4) наличие осложнений в послеоперационном периоде; 5) функциональное состояние систем дыхания и кровообращения. Наряду с этим необходимо учитывать возраст больного, его материально-бытовые условия, образование, специальность, условия труда, трудовые навыки и трудовая направленность.

После резекции легкого и тем более пневмонэктомии включаются приспособительные механизмы, позволяющие компенсировать нарушения, возникающие в связи с операцией. В ближайшие сроки после операции пневмонэктомии оставшееся легкое сильно увеличивается в объеме, но изменения, развивающиеся в нем, нельзя трактовать как эмфизему. При этом раскрываются так называемые физиологические ателектазы, т.е. участки легкого со спавшимися альвеолами, которые в норме не участвуют в дыхании. В отличие от того, что бывает при эмфиземе, в оставшемся легком отмечается значительная перестройка сосудов: расширение просвета капилляров и истинное увеличение количества их петель. Такая перестройка сосудистого русла в легких служит основой для развития приспособительных механизмов со стороны системы кровообращения.

Однако следует иметь в виду, что часто достигнутое функциональное равновесие сохраняется лишь в условиях покоя или при минимальной нагрузке. Специальные исследования показывают, что при физической нагрузке или в условиях гипоксии (например, при задержке дыхания) у этих больных нередко возникают отчетливые функциональные нарушения со стороны систем дыхания и кровообращения.

После пневмон-лобэктомии и сегментарной резекции легкого противопоказаны работы, связанные со значительным напряжением систем дыхания и кровообращения, воздействием неблагоприятных метеорологических факторов, вдыханием пыли и раздражающих газов.

После пневмонэктомии временная нетрудоспособность продолжается 4—8 месяцев, после лобэктомии — 3—5 месяцев — срок, необходимый для формирования послеоперационных топографоанатомических изменений в положении органов грудной клетки и брюшной полости.

При вполне благоприятном исходе оперативного лечения и отсутствии у больных признаков легочной недостаточности направление во ВТЭК для установления группы инвалидности не является обязательным. Если в основной профессии нет противопоказанных факторов, то больных можно считать работоспособными. При наличии легочной недостаточности в сочетании с перечисленными выше противопоказаниями следует избегать тяжелый физический труд. Если при переводе на легкую работу теряется квалификация, значительно уменьшается объем производственной деятельности или встречаются затруднения в трудоустройстве, то больных следует направлять на ВТЭК для определения III группы инвалидности.

При легочной недостаточности II степени больные в большинстве случаев не могут выполнять работу, связанную даже с умеренной физической или речевой нагрузкой. Они обычно признаются ограниченно трудоспособными (инвалидность III группы) или нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях (инвалидность II группы). Если после пневмон- или лобэктомии развивается легочная недостаточность III степени, то больные должны признаваться инвалидами II группы.

В подобных случаях наличие резких нарушений функции органов дыхания и кровообращения часто настолько отягощает состояние больных, что они требуют постоянного постороннего ухода и помощи. Таким больным определяют I группу инвалидности. Последнюю устанавливают также при наличии, например, эмпиемы плевры, бронхоплеврального свища, сочетающегося со значительным костным дефектом грудной клетки (при условии нуждаемости больных в постоянном постороннем уходе и помощи).

В дальнейшем у больных, у которых после пневмон- или лобэктомии наступило стойкое улучшение общего состояния и легочная недостаточность уменьшилась до I степени, через 2—3 года после операции переводят в III группу инвалидности.

После сегментарных резекций легкого трудовой прогноз является наиболее благоприятным, поскольку функции систем дыхания и кровообращения восстанавливаются быстрее. Это часто позволяет больному приступить к труду через 6—8 месяцев после операции (если работа требует незначительного физического напряжения). При этом устанавливается III группа инвалидности. Если имеются противопоказанные виды и условия труда или же у больных после операции возникли явления легочной недостаточности II степени, то устанавливается II группа инвалидности. Причиной признания больного нетрудоспособным после сегментарной резекции легкого может явиться также развитие в послеоперационном

периоде массивных плевральных наложений, бронхоэктазов, фиброза, приводящих к выраженным нарушениям функции органов дыхания и кровообращения.

ПНЕВМОКОНИОЗЫ

К пневмокониозам относят группу профессиональных фиброзов легких, развивающихся в результате длительного вдыхания пыли, содержащей двуокись кремния в свободном (или связанном) состоянии, и некоторых других видов производственной пыли (угольной, железосодержащей, алюминиевой и др.). В «Списке профессиональных заболеваний» (1956) приведены примеры профессий, в которых пневмокониозы встречаются преимущественно или исключительно. Это — горнорабочие (проходчики, бурильщики, взрывники, крепильщики, откатчики, забойщики, рабочие у врубовых машин и угольных комбайнов, навалоотбойщики), пескоструйщики, рабочие по добыче и обработке камня и асбеста, рабочие керамического производства, земледельцы, формовщики, стерженщики, выбивщики, обрубщики, чистильщики литья, рабочие фарфоро-фаянсовых производств, шлифовщики, электросварщики и др.

Особенности этиологии и клинико-морфологической картины заболеваний позволяют выделить несколько основных видов пневмокониозов.

1. Силикоз. Вызывается кварцевой пылью, являющейся кремниевой кислотой (SiO_2 —двуокись кремния).

2. Силикатозы. Вызываются силикатами, т. е. солями двуокиси кремния; это — асбестоз, талькоз, цементный силикатоз, нефелиновый, оливиновый и др.

3. Антракоз, или угольный пневмокониоз.

4. Пневмокониозы от смешанной пыли: антрако-силикоз, сидеро-силикоз, от электросварочного аэрозоля, от пыли горючих сланцев и их золы и др.

5. Другие пневмокониозы: апатитоз, алюминоз и др.

Пневмокониозы относятся к хроническим заболеваниям. Скорость развития патологического процесса лежит в широких пределах от нескольких лет до двух-трех десятилетий и зависит от степени запыленности производственной среды, агрессивности пыли, индивидуальной реактивности организма и других факторов, как ускоряющих, так и замедляющих развитие заболевания. Пневмокониоз, являясь медленно текущим легочным заболеванием, длительное время может оставаться компенсированным как в смысле функционального состояния организма, так и его трудоспособности. Однако, чтобы предотвратить прогрессирование заболевания, больных некоторыми видами пневмокониозов даже в начальной стадии заболевания необходимо переводить на другую работу,

не связанную с запыленностью и загазованностью производственной среды, значительным физическим напряжением и воздействием неблагоприятных метеорологических факторов.

Если перевод на другую работу, не связанную с профессиональными вредностями, приводит к снижению квалификации, то тогда на период переквалификации ВТЭК может установить III группу инвалидности профессионального характера.

При пневмокониозах с уже имеющимися признаками легочной и сердечной недостаточности II и III стадии вопрос о трудоспособности и, следовательно, группе инвалидности решается в зависимости от характера и выраженности функциональных нарушений.

В отдельных случаях (медленно развивающийся пневмокониоз, пожилой возраст и др.) больные могут быть оставлены на прежнем месте работы, но при условии тщательного врачебного наблюдения.

Вообще же трудоспособность, а следовательно, и группа инвалидности должны оцениваться строго индивидуально. Всегда должны учитываться возраст больного, профессия, конкретные санитарно-гигиенические условия труда, возможность переквалификации и рационального трудоустройства.

Важное значение имеют вид пневмокониоза, быстрота развития, стадия заболевания, выраженность клинико-рентгенологических изменений, степень функциональных изменений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Силикоз. В практике экспертизы трудоспособности больных силикозом большое значение имеет правильный клинический диагноз, отражающий рентгено-морфологическую форму, стадию, течение, наличие осложнений, степень функциональных нарушений.

Больным I стадией силикоза противопоказана работа в контакте с производственной пылью, а также с газообразными веществами раздражающего действия и в неблагоприятных метеорологических условиях. Нежелательна и большая физическая нагрузка. Если перевод на другую работу связан со снижением квалификации, то больные подлежат направлению на ВТЭК для установления профессиональной III группы инвалидности. В этих случаях инвалидность дается временно для переквалификации. Однако, учитывая возможность спонтанного прогрессирования силикотического процесса, следует проявлять осторожность и не снимать этих больных с инвалидности, даже если они переквалифицировались.

Больные II стадией силикоза являются ограниченно трудоспособными, и им устанавливается III группа профессиональной инвалидности.

В случае присоединения туберкулеза, перехода заболевания в III стадию рабочие полностью утрачивают трудоспо-

способность и имеют право на профессиональную инвалидность II группы. В некоторых случаях III стадии силикоза больные нуждаются в постоянном уходе.

Асбестоз и другие силикатозы. Больные асбестом даже в начальной его стадии должны быть переведены на работу вне воздействия пыли, раздражающих газов, неблагоприятных метеорологических условий и тяжелого физического труда. Если перевод на другую работу связан со снижением квалификации, больные подлежат направлению во ВТЭК для установления группы инвалидности.

При оценке трудоспособности, помимо стадии заболевания, характера течения и степени функциональных изменений, учитываются также возраст больного, его профессия, стаж работы, реальная возможность рационального трудоустройства.

В случае выраженного асбестоза, наличия дыхательной недостаточности, осложнения хронической пневмонией или туберкулезом больные утрачивают трудоспособность, направляются во ВТЭК, и им устанавливается группа инвалидности профессионального характера. Рак легких у рабочих, имеющих длительный стаж работы с асбестовой пылью, должен быть признан также профессиональным заболеванием.

При силикатозах, вызванных воздействием относительно менее агрессивных видов пыли (тальк, нефелин и др.), процесс длительное время остается компенсированным. Поэтому больные с начальными стадиями заболевания могут быть оставлены на работе под тщательным врачебным наблюдением.

При тенденции к прогрессированию процесса необходимо трудоустройство рабочего вне контакта с пылью, раздражающими дыхательные пути веществами, а также исключение влияния неблагоприятных метеорологических условий и значительного физического напряжения.

При снижении квалификации в связи с переводом на другую работу больные подлежат направлению во ВТЭК для установления инвалидности, временной или постоянной в зависимости от возможности переквалифицироваться.

При экспертизе трудоспособности в случае цементного пневмокониоза обязательно учитывают сорт цемента, с которым контактирует рабочий. При большом содержании в цементе свободной двуокиси кремния вопросы экспертизы работоспособности решаются как и при силикозе, а при малом содержании — как, например, при нефелиновом пневмокониозе.

Антракоз. Угольный пневмокониоз характеризуется относительно доброкачественным клиническим течением, проявляющимся медленным развитием легочного фиброза, который редко достигает значительной степени.

Антракоз развивается медленно и обнаруживается обычно у рабочих, имеющих контакт с угольной пылью 15—20 лет. Практически наиболее часто встречается пневмокониоз от воздействия смешанной пыли — антрако-силикоз или силико-антракоз (в зависимости от преобладания кварцевой или угольной пыли) и это необходимо учитывать при проведении экспертизы трудоспособности.

Больные I стадией антракоза при отсутствии осложнений сохраняют трудоспособность. При наличии большого профессионального стажа они могут быть оставлены на своей работе, при условии перевода на менее запыленный участок и тщательного врачебного наблюдения. При быстром развитии заболевания, особенно в молодом возрасте, при наличии хронического бронхита, признаков дыхательной недостаточности дальнейшая работа в контакте с угольной пылью противопоказана. На период переквалификации (в случае снижения квалификации при переводе на другую работу) больному устанавливается III группа профессиональной инвалидности.

При II и III стадиях антракоза или при сочетании любой стадии антракоза с туберкулезом противопоказан труд в контакте с любой пылью, раздражающими газами, в неблагоприятных метеорологических условиях и со значительным физическим напряжением. Трудоспособность и, следовательно, установление группы профессиональной инвалидности зависят от общего состояния больных и, в частности, от степени функциональных расстройств органов дыхания и кровообращения.

Электросварочный пневмокониоз. Пневмокониозы электросварщиков следует относить к смешанным формам кониозоз (сидеро-силикоз).

Электросварщики с пневмокониозом I стадии ввиду доброкачественного течения заболевания с медленным развитием легочного фиброза без существенных нарушений функции внешнего дыхания, при удовлетворительном общем состоянии могут быть оставлены на прежней работе. Но они нуждаются в постоянном врачебном наблюдении. Электросварщики, у которых диагностирован более выраженный пневмокониоз или имеются нарушения функции внешнего дыхания, должны быть трудоустроены на работу вне замкнутых пространств — на открытом воздухе или в больших цехах. При присоединении хронического бронхита, эмфиземы легких, туберкулеза работа электросварщика противопоказана. На период переквалификации может быть установлена временная профессиональная инвалидность.

Алюминоз. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы при этом пневмокониозе решаются применительно к антракозу.

Г л а в а IX

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПОЧЕК

При определении трудоспособности больных с заболеваниями почек, кроме клинических данных, большое значение имеет оценка функциональных нарушений со стороны системы мочеотделения.

В практике врачебно-трудовой экспертизы нарушения функции почек принято делить на три степени.

Первая степень — нарушения функции почек клинически проявляются наличием непостоянного (обычно по утрам) отека лица. Иногда наблюдаются небольшое повышение артериального давления и незначительные изменения на глазном дне. Имеется нарушение проницаемости клубочковой мембраны, которое выражается в появлении в моче белка, эритроцитов, цилиндров. Способность почек к разведению и концентрации мочи существенно не нарушена. При проведении пробы Зимницкого относительная плотность мочи поднимается выше 1,023, правда, количество мочи в отдельных порциях колеблется мало, что указывает на понижение адаптационной способности почек. Может отмечаться небольшая никтурия. Снижается почечный кровоток, секреция диодраста, но клубочковая фильтрация остается удовлетворительной. Остаточный азот крови в пределах нормы.

Вторая степень — нарушения функции почек клинически характеризуются тем, что иногда появляются небольшие, но стойкие отеки, нередко повышено артериальное давление, при исследовании глазного дна часто определяются отечность соска зрительного нерва, сужение и извитость артерий сетчатки, реже — точечные кровоизлияния. Наряду с нарушением проницаемости клубочковой мембраны отмечается снижение способности почек к разведению и концентрации мочи. При проведении пробы Зимницкого относительная плотность мочи обычно меньше 1,020, амплитуда колебаний его снижена. Как правило, отмечается никтурия. Снижается почечный кровоток, секреция диодраста. Клубочковая фильтрация может оставаться удовлетворительной, но чаще понижена. Остаточный

азот крови колеблется в пределах нормы, но чаще на ее верхней границе.

Третья степень — нарушения функции почек близки к абсолютной почечной недостаточности. У больных обычно отмечается значительное повышение артериального давления, ангиоспастический нейроретинит. Почки почти полностью теряют способность к концентрации и разведению мочи. При пробе Зимницкого относительная плотность мочи не поднимается выше 1,013. Отмечается гипоизостенурия. Остаточный азот крови повышен. Здесь уже четко снижается клубочковая фильтрация, при резком падении которой развивается азотемическая уремия.

ОСТРЫЙ ДИФFUЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Заболевание может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев. О полном выздоровлении можно говорить в тех случаях, когда самочувствие больных становится удовлетворительным, исчезают отеки, гипертония и изменения в моче. Из всех клинических проявлений заболевания наиболее стойким мочевого синдром: протеинурия и микрогематурия могут продолжаться в течение многих месяцев. При такой затянувшейся протеинурии (до 1 г/л) и микрогематурии говорят о «выздоровлении с дефектом». Клинические наблюдения показывают, что в большинстве случаев эти остаточные изменения в моче у больных, перенесших острый нефрит, со временем исчезают.

Поэтому при наличии подобных остаточных явлений больной может приступить к работе, если в ней нет противопоказанных факторов и условий труда. К ним относятся длительное переохлаждение, резкая смена температуры, повышенная влажность, значительное физическое перенапряжение. Таким образом, лица, перенесшие острый диффузный гломерулонефрит, особенно при «выздоровлении с дефектом», часто подлежат переводу на другую работу, что делается по заключению ВКК лечебных учреждений. Такие больные должны находиться под диспансерным наблюдением.

ХРОНИЧЕСКИЙ ДИФFUЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Заболевание является следствием острого нефрита, который в части случаев протекает латентно, малосимптомно. Основными проявлениями заболевания являются отеки, артериальная гипертония, изменения в моче, нарушения функции почек.

В зависимости от преобладания тех или иных проявлений различают следующие клинические формы хронического диффузного гломерулонефрита:

1. Нефротическая форма, характеризующаяся наличием массивных и упорных отеков, больших количеств белка в моче, гиперхолестеринемией. Однако с течением времени начинают постепенно выявляться артериальная гипертензия и нарушение азотвыделительной функции почек.

2. Гипертоническая форма, при которой в течение длительного времени основным проявлением заболевания является артериальная гипертензия, а мочевого синдром выражен мало. Отеки при этой форме хронического гломерулонефрита обычно отсутствуют. В дальнейшем развивается почечная или сердечно-сосудистая недостаточность, бывают кровоизлияния в мозг.

3. Смешанная отечно-гипертоническая форма. При ней одновременно имеются липоидно-нефротический и гипертонический синдромы. Это наиболее тяжелая форма хронического диффузного гломерулонефрита, при которой довольно быстро развивается почечная недостаточность, а иногда и недостаточность кровообращения.

4. Латентная форма, при которой обычно имеется лишь слабо выраженный мочевого синдром без артериальной гипертензии и отеков. Эта форма хронического диффузного гломерулонефрита характеризуется длительным течением (10—20 лет и более), поздним развитием почечной недостаточности.

При обострениях хронического диффузного гломерулонефрита возникает временная потеря трудоспособности, которая длится 2—3 месяца и более. В течение этого времени обычно удается установить тяжесть и особенности речения обострения у данного больного, эффективность проводимого лечения, медицинский и трудовой прогнозы. В дальнейшем трудоспособность зависит от степени нарушения функции почек, наличия изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и т. д.

У больных хроническим нефритом с нарушением функции почек I степени трудоспособность сохранена по отношению ко многим видам труда. При трудоустройстве этих больных нужно иметь в виду, что им противопоказаны работы, связанные со значительным физическим напряжением, воздействием неблагоприятных условий микроклимата (охлаждение, перегревание, большая влажность), промышленных ядов.

При хроническом нефрите с нарушением функции почек II степени, если к тому же наблюдаются частые обострения, приводящие к прогрессированию заболевания, больные нуждаются в значительных ограничениях в труде. Они могут выполнять работу, связанную с небольшим физическим или умеренным нервно-психическим напряжением, в теплом помещении, без воздействия токсических веществ, разъ-

ездов и командировок. Иногда ввиду быстрой утомляемости больные к тому же нуждаются в предоставлении сокращенного рабочего дня. Вследствие этого они обычно признаются инвалидами III группы. При присоединении высокой артериальной гипертензии, значительных отеков больные, как правило, становятся нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях, и им должна определяться II группа инвалидности. Лишь в редких случаях им можно рекомендовать работу в специально созданных условиях на производстве или дома.

При хроническом нефрите с нарушением функции почек III степени обострения приводят к быстрому прогрессированию заболевания, развитию высокой гипертензии, выраженной недостаточности кровообращения, анемии. В связи с этим больные не способны к регулярному профессиональному труду (II группа инвалидности). Вследствие развивающейся в терминальном периоде азотемической уремии они обычно прикованы к постели и требуют постоянного постороннего ухода и помощи. Все это вызывает необходимость определения I группы инвалидности.

ЛИПОИДНЫЙ НЕФРОЗ

Причиной заболевания чаще всего является сифилис, туберкулез; встречается очень редко. Основными клиническими проявлениями липоидного нефроза являются отеки, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия, протеинурия, липоидурия.

В безотечном периоде болезни трудоспособность больных обычно не нарушена. Однако им противопоказаны работы, связанные со значительным физическим напряжением и воздействием неблагоприятных метеорологических факторов. Перевод на показанную работу осуществляется по заключению ВКК. Если при этом снижается квалификация или уменьшается объем трудовой деятельности, то возникают основания для определения III группы инвалидности.

В отечной стадии липоидного нефроза, если лечение не дает эффекта, больные становятся нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях, что влечет за собой определение II группы инвалидности.

АМИЛОИДНЫЙ НЕФРОЗ

Заболевание является одним из проявлений общего амилоидоза, когда амилоид откладывается в ряде органов — селезенке, печени, кишечнике и др. Особой разновидностью амилоидоза почек является его сочетание с липоидным нефрозом — амилоидно-липидный нефроз. Амилоидный нефроз чаще всего развивается при туберкулезе, гнойном остеомие-

лите или нагноительных процессах в легких, при сифилисе, малярии.

Симптоматология амилоидного нефроза зависит прежде всего от глубины почечного поражения, а также от наличия сопутствующих изменений в других органах.

Для начального периода амилоидного перерождения почек весьма характерны изменения мочи. Это прежде всего протеинурия, достигающая 3—10 и даже 15 г/л. Зато осадок при амилоидном нефрозе бывает очень скудным (так называемый немой осадок).

В нем обнаруживаются небольшое количество эритроцитов, единичные гиалиновые, зернистые и восковидные цилиндры. Ранним симптомом является также гипопротеинемия.

Типичным признаком амилоидного нефроза являются возникающие в дальнейшем упорные отеки. Они появляются обычно на нижних конечностях и постепенно распространяются по всему телу.

Амилоидный нефроз постепенно, но неуклонно прогрессирует. В результате гибели значительного количества клубочков, в петлях которых отложился амилоид, функция почек понижается. В конечном счете, при развитии сморщенной почки, возникает выраженная почечная недостаточность и азотемическая уремия.

В начальном периоде амилоидного нефроза, когда отеков еще нет, а функция почек вполне удовлетворительна, трудоспособность больных определяется основным заболеванием, вызвавшим амилоидоз, и наличием* амилоидного перерождения других органов.

В дальнейшем, когда возникают выраженные отеки, больные становятся нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях (II группа инвалидности). Развитие тяжелой почечной недостаточности также вызывает необходимость определения II группы инвалидности. В конечной стадии заболевания больные обычно прикованы к постели и нуждаются в постоянном постороннем уходе и помощи, им должна определяться I группа инвалидности.

ТРУДОСПОСОБНОСТЬ И ТРУДОУСТРОЙСТВО ПРИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКЕ

Статистических данных об инвалидности у лиц, перенесших нефрэктомия, нет, однако практический опыт показывает, что таких больных довольно много и в общих, и в специализированных, особенно туберкулезных, ВТЭК. Поэтому вопрос о трудоспособности и трудоустройстве больных с единственной почкой является весьма актуальным. Актуальность этого вопроса подчеркивается также тем, что в практике лечебной и экспертной работы зачастую возникают большие трудности

в оценке морфологического и функционального состояния единственной почки, а единого взгляда на оценку трудоспособности этих больных еще пока нет.

При оценке трудоспособности больных с единственной почкой, наряду с социальным фактором следует учитывать следующие моменты: причину нефрэктомии, время, прошедшее от момента заболевания до операции; срок, прошедший после нефрэктомии; наличие и степень морфологических и функциональных изменений и нарушений со стороны оставшейся почки.

Наиболее частыми причинами нефрэктомии являются гидро- и пионефроз (32%), камни почки (31%); туберкулез (14%); гораздо реже в анамнезе отмечаются травма почки (8%), опухоли (5%), аномалии развития (4%).

В зависимости от заболевания, по поводу которого была произведена нефрэктомия, состояние и компенсаторные возможности оставшейся почки могут быть различными. Так, после нефрэктомии в связи с гидро- или пионефрозом оставшаяся почка обычно хорошо справляется с задачами компенсации. Если у больного был моче-половой туберкулез, то компенсация осуществляется хуже. Наименьшие компенсаторные возможности отмечаются после нефрэктомии по поводу камней почки. Следует отметить, что после нефрэктомии по поводу любого хронического заболевания со стороны оставшейся почки отмечается снижение резервных возможностей при повышенной нагрузке, даже при отсутствии явного ее поражения.

Для врачебно-трудовой экспертизы особое значение приобретает морфологическое и функциональное состояние единственной почки. Довольно часто (у 23% больных) обнаруживается поражение оставшейся почки, что имеет первостепенное значение для клинического и трудового прогноза. Наиболее частыми заболеваниями оставшейся единственной почки являются хронический нефрит, пиелонефрит и наличие камней.

Трудоспособность лиц со здоровой единственной почкой. Большинство лиц, перенесших нефрэктомия, предъявляет жалобы на боли в пояснице, причем приблизительно одинаково часто боли отмечаются как на стороне удаленной, так и здоровой почки. Наличие болей на стороне нефрэктомии объясняется развитием спаечного процесса. Во втором случае это связано с компенсаторной гипертрофией оставшейся здоровой почки и небольшим растяжением ее капсулы. Боли при этом непостоянные, нерезкие, ноющего характера.

Обычные методы функционального исследования почек не выявляют существенных нарушений. В некоторых случаях отмечается незначительная никтурия и монотонность количеств мочи в отдельных порциях при пробе Зимницкого, что указывает на снижение адаптационной способности почки.

В то же время удельный вес мочи и амплитуда его колебаний осталась удовлетворительными, остаточный азот крови не повышен. Однако с помощью более сложных методов исследования можно обнаружить снижение резервных возможностей оставшейся почки, особенно после нефрэктомии по поводу длительных хронических заболеваний почек и мочевыводящей системы.

Учитывая вышеизложенное, лицам с единственной здоровой почкой должна считаться противопоказанной работа, связанная со значительным физическим напряжением, пребыванием в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях: отрицательные температурные воздействия, высокая влажность, пониженное или повышенное атмосферное давление, влияние радиоактивных и токсических веществ, особенно ртути, свинца, цинка, мышьяка, бензола, анилина и др. Если в условиях труда нет противопоказанных факторов, эти лица могут продолжать работу по специальности, т. е. являются трудоспособными в своей профессии.

Перевод на показанную работу может осуществляться через ВКК. Но в ряде случаев при этом снижается квалификация или объем производственной деятельности. Кроме того, некоторые лица, особенно молодого возраста, нуждаются в переобучении. В этих случаях ВТЭК должна определять III группу инвалидности.

Инвалидность приходится устанавливать у 40% больных с единственной непораженной почкой. При этом больным, недавно перенесшим нефрэктомию, которые и до операции были инвалидами, а затем длительно пользовались больничным листком и уже потеряли право на оплату ив временной нетрудоспособности, приходится устанавливать даже II группу инвалидности. В этих случаях необходимо проводить динамическое наблюдение в течение 3–6 месяцев.

Трудоспособность больных с пораженной единственной почкой. Поражение единственной почки значительно ухудшает клинический и трудовой прогноз, особенно при хроническом нефрите, пиелонефрите и почечнокаменной болезни. При поражении единственной почки ухудшаются функциональные показатели, значительно снижаются компенсаторные и резервные ее возможности. Эти больные требуют систематического наблюдения и лечения.

При решении вопросов трудоустройства необходимо учитывать все перечисленные выше противопоказанные условия и виды труда. Кроме того, этим больным противопоказана не только значительная, но и умеренная физическая нагрузка. Заболевание единственной почки нередко сопровождается симптоматической гипертонией, поэтому ряду больных противопоказано и значительное нервно-психическое напряжение.

Таким образом, больным с пораженной единственной почкой необходимы значительные ограничения в труде; они, как правило, нуждаются в установлении инвалидности. В частности, они подходят под категорию лиц с выраженным анатомическим дефектом и уже по одному этому признаку им должна определяться III группа инвалидности.

При определении степени утраты трудоспособности у больных с пораженной единственной почкой особое внимание следует уделять наличию и степени нарушения функции почки. Больных со II степенью нарушения функции единственной почки следует считать инвалидами II группы, поскольку при этом клинический и трудовой прогноз становится крайне неблагоприятным. Лишь иногда им можно рекомендовать работу в специально созданных условиях на производстве и дома.

Глава X

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Болезни системы пищеварения занимают большое место в общей заболеваемости населения.

Заболевания желудочно-кишечного тракта делятся многие годы и отличаются постоянной склонностью к рецидивам и обострениям. Они могут давать различные, иногда тяжелые осложнения. Все это вместе взятое ведет к возникновению временной, реже — постоянной утраты трудоспособности.

Для диагностики заболевания и изучения функционального состояния органов пищеварения применяется исследование секреторной, моторно-эвакуаторной, экскреторной, кровяной и некоторых других функций желудка и кишечника. С этими целями в настоящее время используются исследование желудочного сока по Н. И. Лепорскому (объем секреции, кислотность, пепсин, гастромукопротеид), беззондовое определение кислотности, рентгенологическое исследование, электрогастрография, гастроскопия и гастропотография, аспирационная биопсия желудка и кишечника, лапароскопия, радиотелеметрия, радиоизотопная диагностика, ректороманоскопия и др.

Некоторые из этих методов довольно сложны, требуют наличия специальной аппаратуры и подготовленного персонала, поэтому для практических целей, имея в виду задачи врачебно-трудовой экспертизы, можно ограничиться изучением желудочной секреции (при наличии противопоказаний для зондирования — беззондовым определением по ацидотесту), рентгеноскопией (графией) желудочно-кишечного тракта, ректороманоскопией.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

Это часто встречающееся заболевание системы пищеварения. Кроме того, хронический гастрит нередко сопутствует другой патологии со стороны внутренних органов: язвенной болезни, болезням печени и желчных путей, почек и др., иногда осложняя их течение.

Современные классификации хронического гастрита исходят из четырех принципов: этиологического, морфологического, функционального и клинического.

Классификация хронических гастритов

I. По этиологическому признаку

1. Экзогенные гастриты:
 - а) при длительных нарушениях режима питания — качественного и количественного состава пищи, а также ритма питания;
 - б) злоупотребление алкоголем и никотином;
 - в) действие термических, химических, механических и др. агентов;
 - г) влияние профессиональных вредностей систематического употребления густо приправленного пряностями сырого мяса (консервная промышленность), глотание щелочных паров и жирных кислот (мыловаренные, маргариновые и свечные заводы), хлопковой, угольной, металлической пыли, работа в горячих цехах и др.
2. Эндогенные гастриты:
 - а) нервно-рефлекторный (патологическое рефлекторное воздействие с других пораженных органов — кишечника, желчного пузыря, поджелудочной железы);
 - б) гастрит, связанный с нарушениями вегетативной нервной системы и эндокринных органов — гипофиз — надпочечник, щитовидная железа;
 - в) гематогенный гастрит (при хронических инфекциях, нарушениях обмена веществ);
 - г) гипоксемический гастрит (хроническая недостаточность кровообращения, пневмосклероз, эмфизема легких, легочное сердце);
 - д) аллергический гастрит (при аллергических заболеваниях).

II. По морфологическому признаку

1. Поверхностный гастрит.
2. Гастрит с поражением желез без атрофии.
3. Атрофический гастрит:
 - а умеренный;
 - б выраженный;
 - в с явлениями перестройки эпителия;
 - г) атрофически-гиперпластический гастрит;
 - д) прочие редкие формы атрофического гастрита (с явлениями жировой дегенерации, с отсутствием подслизистого слоя, с образованием кист).
4. Гипертрофический гастрит.
5. Антральный гастрит.
6. Эрозивный гастрит.

III. По функциональному признаку

1. Гастрит с нормальной секреторной функцией.
2. Гастрит с секреторной недостаточностью, умеренно выраженной: отсутствие свободной соляной кислоты натощак, снижение ее концентрации после пробного раздражителя ниже 20 титр, ед; уменьшение концентрации пепсина после пробного раздражителя от 0,025 до 0,01 г/л, концентрации мукопротеида ниже 0,23 г/л, положительная ответная реакция на гистамин (после первого или повторного его введения) з нормальное содержание уропепсиногена.
3. Гастрит с секреторной недостаточностью, резко выраженной: отсутствие свободной соляной кислоты во всех порциях желудочного сока, снижение концентрации пепсина как до введения, так и после введения пробного раздражителя ниже 0,01 г/л или полное его отсутствие; отсут-

-, *

стве или следы мукопротеида; гистаминорефрактерная реакция (после первого и повторного введения гистамина); снижение содержания уропепсиногена.

IV. По принципу клинического течения

1. Компенсированный гастрит (или фаза ремиссии): отсутствие клинических симптомов, нормальная секреторная функция или умеренно выраженная секреторная недостаточность.
2. Декомпенсированный гастрит (или фаза обострения): наличие отчетливых клинических симптомов (с тенденцией к прогрессированию), стойких, трудно поддающихся терапии, резко выраженная секреторная недостаточность.

V. Специальные формы хронических гастритов

1. Ригидный гастрит.
2. Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетри).
3. Полипозный гастрит.

VI. Хронический гастрит, сопутствующий другим заболеваниям

1. Хронический гастрит при анемии Аддисона—Бирмера.
2. » » > язве желудка.
3. » » » раке » .

Приводим примеры диагнозов.

1. Хронический гастрит, связанный с •9НервояхIIIт реМимак-литанья, с выраженной атрофией слизистой, с резко выраженной секреторной недостаточностью, в фазе обострения.

2. Хрошмеский нервно-рефлекторный гастрит, с поражением, желез без атрофии, с нормальной секреторной функцией желудка, в фазе ремиссии.

При обострении хронического гастрита может наступать временная нетрудоспособность, связанная в одних случаях с появлением выраженного диспептического, в других — болевого синдрома, в третьих — одновременно диспептических и болевых ощущений и т. д. В связи с этим больные нуждаются в амбулаторном, реже — стационарном лечении и могут быть выписаны на работу после ликвидации или значительного уменьшения явлений обострения. Больных хроническим гастритом берут на диспансерный учет с проведением широкого комплекса лечебно-профилактических мероприятий, что одновременно является одним из важных условий профилактики инвалидности.

Инвалидность при хроническом гастрите возникает относительно редко. При решении вопроса о стойкой утрате трудоспособности следует ориентироваться на характер течения болезни, выраженность морфологических и функциональных нарушений, наличие осложнений, эффективность проводившего лечения. Учитывая вышеизложенные критерии, а также задачи врачебно-трудовой экспертизы, можно выделить три формы хронического гастрита: легкую, среднетяжелую и тяжелую.

При легкой форме хронического гастрита диспептический и болевой синдромы выражены нерезко. Морфологиче-

ски отмечается поверхностный, иногда — гипертрофический гастрит, гастрит с поражением желез без атрофии. Секреторная функция желудка нормальна или повышена. Обострения при грубых нарушениях режима питания, употреблении алкоголя. Вес больных не снижается.

Больные могут выполнять работы, не связанные со значительным физическим напряжением, позволяющие соблюдать диетический режим питания. Доступны все виды интеллектуального труда. В случае необходимости соответствующие ограничения могут быть реализованы через ВКК лечебных учреждений.

При среднетяжелой форме хронического гастрита диспептический и болевой синдромы выражены умеренно. Морфологически определяется нерезко выраженный атрофический гастрит, иногда с явлениями перестройки эпителия. Имеется умеренно выраженная секреторная недостаточность. Обострения связаны с нарушениями ритма питания, качественного состава пищи, употреблением алкоголя, злоупотреблением курением и др. Вес больных несколько понижен.

Больным доступны работы, связанные с умеренным физическим и различным нервно-психическим напряжением, позволяющие соблюдать режим питания. Противопоказаны работы в составе экспедиций, разведывательных партий, в ночные смены, в горячих цехах, не допускается контакт со свинцом, ртутью, заглывание паров, жирных кислот, щелочей, угольной, хлопковой, цинковой, салициловой пыли и др. Перевод на другую работу может быть произведен по заключению ВКК лечебных учреждений. Если при этом теряется квалификация или значительно сокращается объем производственной деятельности, то больных следует признавать ограниченно трудоспособными. Однако ввиду широкого круга доступных профессий вопрос об инвалидности возникает редко.

При тяжелой форме хронического гастрита, диспептический и болевой синдромы выражены резко и отличаются стойкостью. Морфологически обнаруживается выраженный атрофический гастрит, часто с явлениями мета- и гиперплазии, иногда — эрозивный гастрит. Имеется резко выраженная секреторная недостаточность. Часто присоединяется гастрогенный энтероколит. Обострения могут возникать даже при небольших погрешностях в диете. Вес больных значительно понижается.

При тяжелой форме хронического гастрита, в особенности с явлениями гастрогенного энтероколита, к вышеизложенным противопоказаниям следует добавить охлаждение, сотрясение тела, контакт с фосфором и др., что более суживает круг доступных профессий. В связи с этим при переводе на другую

работу часто теряется квалификация или значительно сокращается объем производственной деятельности, что требует определения III группы инвалидности.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Это одно из наиболее частых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Общеизвестной классификации язвенной болезни нет, что затрудняет конструирование развернутого диагноза.

Рабочая классификация язвенной болезни

- I. Тяжесть болезни: легкая, средней тяжести, тяжелая.
- II. Фаза болезни:
 - 1) активная (острые формы и стадия неполной ремиссии после них, а также хронические формы в стадии обострения и неполной ремиссии);
 - 2) неактивная (стадия полной ремиссии после острых форм, а также хронические формы 2а и 2б в стадии полной ремиссии).
- III. Форма болезни:
 - 1) острые и рецидивные острые гастродуодениты и язвы;
 - 2) хронические: а) хронический гастродуоденит; б) хроническая периодически заживающая язва; в) хроническая длительно незаживающая (каллезная) язва;
 - 3) состояние после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке.
- IV. Локализация язвы или постязвенных изменений (желудок, двенадцатиперстная кишка, пищевод, тощая кишка).
- V. Основные клинические синдромы: болевой, диспептический, скрытое течение.
- VI. Осложнения: кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз, раковое перерождение, болезни оперированного желудка и др.
- VII. Нарушения функционального состояния желудка (секреторной, кислотообразующей, пепсинообразующей, гастромукопротеидообразующей, моторно-эвакуаторной функций).

Приводим примеры диагнозов, сформулированных в соответствии с этой классификацией.

1. Язвенная болезнь с легким течением в неактивной фазе. Постязвенная рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Повышение секреторной и кислотообразующей функций желудка.

2. Язвенная болезнь с тяжелым течением в активной фазе (стадия неполной ремиссии). Хроническая незаживающая язва малой кривизны желудка. Болевой и диспептический синдромы. Повторные желудочные кровотечения. Повышение секреторной и кислотообразующей функций желудка. Пилороспазм.

Язвенная болезнь характеризуется цикличностью течения с периодическими обострениями, которые наступают чаще всего весной и осенью. Иногда она протекает бессимптомно, проявляясь кровотечением или прободением.

При обострении заболевания больные подлежат стационарному лечению. Лечение в амбулаторных условиях нежелательно, в частности, потому, что никогда нельзя предвидеть возможность внезапного кровотечения и прободения. Кроме того, амбулаторное лечение дает значительно худшие резуль-

таты и в конечном итоге увеличивает сроки временной нетрудоспособности. В неосложненных случаях язвенной болезни больные могут быть выписаны на работу после ликвидации обострения, т. е. болевого синдрома и большинства диспептических проявлений. Но иногда, несмотря на активное комплексное лечение, полной ремиссии добиться не удается (что и предусмотрено в приведенной выше классификации). Это бывает чаще при тяжелом течении заболевания, наличии каллезной язвы, появлении таких осложнений, как пенетрация и др., что в дальнейшем приводит к стойкой утрате трудоспособности.

Больных язвенной болезнью ставят на диспансерный учет с последующим активным наблюдением, проведением лечебно-профилактических и социальных мероприятий для предотвращения рецидивов и осложнений заболевания. Диспансерные осмотры и курсы профилактического лечения проводят обычно 2 раза в год: в начале весны и осени, т. е. в периоды, потенциально предшествующие обострению. Планомерное и настойчивое проведение в жизнь всего комплекса диспансерных мероприятий способствует значительному снижению числа обострений и осложнений язвенной болезни и в ряде случаев приводит к полному излечению заболевания. В то же время диспансеризация является одним из важных условий профилактики инвалидности при язвенной болезни.

При экспертизе стойкой нетрудоспособности у больных язвенной болезнью следует учитывать выраженность болевого и диспептического синдромов, частоту и длительность обострений, наличие осложнений и др., а также характер работы и условия труда. В практике врачебно-трудовой экспертизы принято дифференцировать язвенную болезнь в зависимости от тяжести течения заболевания. При этом в соответствии со степенью выраженности функциональных нарушений различают три формы язвенной болезни: легкую, средней тяжести и тяжелую.

При язвенной болезни с умеренно выраженными функциональными нарушениями (легкая форма) болевой и диспептический синдромы выражены нерезко. Боли усиливаются лишь при значительном физическом напряжении. Appetit хороший, рвота бывает нечасто. Вес больных нормальный. Секреторная функция желудка повышена, моторно-эвакуаторная не нарушена. Обострения редки и непродолжительны (не чаще одного раза в 1—2 года и не более трех недель), обычно наблюдаются весной или осенью, хорошо поддаются консервативному лечению.

Трудоспособность сохраняется во многих видах и условиях труда. Противопоказаны работы, не позволяющие соблюдать режим питания, в горячих цехах, связанные со значительным физическим напряжением, сотрясением, вибрацией, длитель-

ной ходьбой, постоянным вынужденным положением тела, контактом с гастротропными промышленными ядами (свинец, ртуть), заглыванием паров жирных кислот, щелочей, металлической, хлопковой, угольной пыли и др. Доступны работы с умеренным физическим напряжением, выполняемые стоя или сидя, профессии административно-хозяйственного, счетно-канцелярского и интеллектуального труда.

Перевод больного на другую работу, в которой нет указанных выше вредных условий труда и противопоказанных факторов, осуществляется через ВКК лечебных учреждений. На ВТЭК больных следует направлять только в тех случаях, когда в результате этого теряется квалификация или значительно сокращается объем производственной деятельности. ВТЭК устанавливает инвалидность III группы, рекомендуя лицам молодого возраста приобрести новую квалификацию.

При язвенной болезни с выраженными функциональными нарушениями (форма средней тяжести) болевой и диспептический синдромы выражены значительно. Часто бывает рвота. Секреторная и моторно-эвакуаторная функции желудка нарушены. Бывает пилороспазм. Развиваются перивисцериты. Вес больных понижается, дефицит веса достигает 10—15 кг. Обострения часты и продолжительны (1—2 раза в год по 1/2—2 месяца). Лечение дает удовлетворительные результаты, но не всегда позволяет добиться полной ремиссии.

Трудоспособность больных в большинстве случаев значительно ограничена. Они не могут выполнять работы, связанные с умеренным физическим и незначительным нервно-психическим напряжением, предписанным темпом. Кроме того, противопоказаны все виды и условия труда, перечисленные для легкой формы язвенной болезни. Доступны работы, требующие непостоянного умеренного физического напряжения, выполняемые стоя или сидя, вблизи места жительства, профессии административно-хозяйственного, счетно-канцелярского и интеллектуального труда небольшого объема. Иногда может быть разрешено значительное сокращение объема производственной деятельности, сокращение рабочего дня или работа через день при некоторых профессиях у лиц высокой квалификации, например, врачей, юристов, преподавателей и др. Разумеется, во всех подобных случаях определяется инвалидность III группы.

При язвенной болезни со значительно выраженными функциональными нарушениями (тяжелая форма) болевой и диспептический синдромы резко выражены и отличаются значительной стойкостью. Секреторная и моторно-эвакуаторная функции желудка резко нарушены. Возникает большой дефицит веса. Это обычно связано с наличием каллезной язвы, появлением различных осложнений (повторных кровотечений, пенетрации, стеноза и др.). Консервативная терапия да-

ет незначительное и кратковременное улучшение или совершенно неэффективна. Больные, как правило, нуждаются в оперативном лечении.

Трудоспособность при этой форме язвенной болезни в большинстве случаев полностью утрачена. Иногда больные могут выполнять работы, связанные с незначительным физическим напряжением, преимущественно сидя, без обусловленного темпа, вблизи от места жительства или на дому. Высококвалифицированным работникам интеллектуального труда может быть предоставлен сокращенный или нерегламентированный рабочий день.

Трудоспособность при резекции желудка зависит от состояния больного до операции, наличия и выраженности функциональных расстройств, возникших после операции и др.

Временная нетрудоспособность после операции резекции желудка продолжается в среднем 2 месяца. При наличии осложнений этот срок увеличивается.

Больным, перенесшим резекцию желудка, при отсутствии осложнений доступны все виды профессионального труда, за исключением работ, связанных со значительным физическим напряжением и невозможностью соблюдать режим питания.

После резекции желудка могут возникать различные осложнения: синдром культи желудка, гастрит, энтероколит, агастральная астенция (демпинг-синдром), анемия, рецидив язвенной болезни, перивисцериты и др.

Синдром культи желудка (синдром малого желудка) связан в основном с выпадением резервуарной роли этого органа в результате резекции. Однако определенную роль играют явления гастрита с секреторной недостаточностью и нарушением моторно-эвакуаторной функции культи желудка. Эти больные не могут выполнять работы, связанные со значительным физическим напряжением, длительным вынужденным положением и сотрясением тела, невозможностью соблюдать режим питания. Если перевод на другую работу сопровождается снижением квалификации или значительным сокращением объема производственной деятельности, что в этих случаях бывает редко, больным определяют III группу инвалидности.

Перечисленные выше изменения, возникающие в культа желудка, способствуют развитию хронического энтероколита. При гастроэнтерическом хроническом энтероколите больные могут выполнять работы, связанные с непостоянным умеренным физическим напряжением, преимущественно сидя. К противопоказаниям, имеющимся при синдроме культи желудка с явлениями гастрита, следует добавить работу с быстрым заданным темпом, контакт со свинцом, ртутью, фосфором, заглывание паров жирных кислот, щелочей, угольной, хлопковой, цинковой, салициловой пыли и др. Если указанные

ограничения в труде влекут за собой потерю квалификации или значительное сокращение объема производственной деятельности, то больным определяют инвалидность III группы. При тяжелом течении заболевания, когда возникают значительный дефицит веса, гипопропротеинемия и др., больные становятся нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях.

Агастральная астения (демпинг-синдром) может быть различной выраженности. В практике врачебно-трудовой экспертизы принято различать три степени демпинг-синдрома: легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая степень демпинг-синдрома характеризуется нерезко выраженной общей слабостью, иногда шумом в ушах, головокружением, сердцебиением, продолжающимися в течение 20—30 м после приема пищи (преимущественно молочной, сладкой, содержащей быстро всасывающиеся углеводы). Можно отметить учащение пульса в среднем на 10 ударов в минуту, понижение систолического давления на 5 мм рт. ст. При анализе сахарной кривой после нагрузки глюкозой можно отметить, что гипергликемический коэффициент не превышает 1,5—1Д. Эвакуация бариевой взвеси из культи желудка происходит в течение 15—20 минут; в тонком кишечнике сернокислый барий находится не менее 5 часов. Возникает дефицит веса 3—5 кг.

Больные нуждаются в дробном питании, отдыхе в горизонтальном положении после еды, что уменьшает выраженность и сокращает продолжительность приступа. При соблюдении диеты эти явления в дальнейшем обычно сглаживаются. Больные трудоспособны, но им противопоказаны работы, связанные с невозможностью соблюдать режим питания.

При демпинг-синдроме средней степени вышеперечисленные явления носят более выраженный и постоянный характер. Иногда появляется ощущение жара, сопровождающееся покраснением или побледнением лица, дрожанием рук и ног, усиленным потоотделением. Могут быть тошнота, понос, запор. Демпинг-приступ возникает после приема не только углеводной, но и жирной пищи и продолжается 30—40 минут. Пульс учащается на 10—15 ударов в минуту, систолическое давление понижается на 5—10 мм рт. ст. Гипергликемический коэффициент достигает 1,6—1,7. Бариевая взвесь покидает культи желудка через 10—15 минут; в тонком кишечнике она находится 2—3½ часа. Наблюдается похудание больных с дефицитом массы тела до 8—10 кг.

Диетотерапия, медикаментозное и санаторно-курортное лечение приводит к улучшению состояния больных. Они могут выполнять работы, связанные с умеренным физическим и нервно-психическим напряжением. Можно рекомендовать удлинение обеденного перерыва, освобождение от команди-

ровок, общественных поручений. Если при переводе на другую работу снижается квалификация или объем производственной деятельности, то больным определяют III группу инвалидности.

Тяжелая степень демпинг-синдрома сопровождается выраженными проявлениями вышеописанного симптомокомплекса после приема любой пищи, иногда даже глотка воды. Приступ длится 1½—2 часа. Пульс учащается на 15—20 ударов в минуту, систолическое давление понижается на 10—15 мм рт. ст. Гипергликемический коэффициент повышается до 2—2,5. Эвакуация бариевой взвеси из культи желудка заканчивается через 5—7 минут, из тонкого кишечника — через 2—2½ часа. Дефицит массы тела может достигать 13—15 кг.

Консервативное лечение обычно не дает эффекта; возникают показания к повторным реконструктивным операциям. Больные, как правило, нетрудоспособны в обычных профессиональных условиях (II группа инвалидности). Иногда развивается резкое истощение (вплоть до кахексии), гипопропротеинемия, безбелковые отеки, анемия. В подобных случаях больные прикованы к постели и требуют постоянного постороннего ухода и помощи, что вызывает необходимость определения I группы инвалидности.

Анемии, возникающие после резекции желудка, носят обычно железодефицитный характер (агастрическая хлоранемия). Оценка трудоспособности при агастрических анемиях зависит от выраженности клинических проявлений, характера течения заболевания (длительность ремиссии, регенераторная способность костного мозга и т.д.), эффективности лечения, профессии больного и условий труда.

Противопоказаны работы, связанные с постоянным физическим напряжением, обусловленным темпом, контактом с промышленными ядами (мышьяк, фосфор, свинец), воздействием проникающей радиации. При головокружении следует освобождать больных от работ на высоте, у быстро движущихся механизмов.

Перевод на другую работу может сопровождаться снижением квалификации или значительным сокращением объема производственной деятельности. Тогда больных направляют на ВТЭК для определения III группы инвалидности.

Рецидивы язвенной болезни и развитие пептической язвы тощей кишки встречаются после резекции желудка очень редко, обычно при предшествующем тяжелом течении заболевания. Эти больные чаще всего нетрудоспособны в обычных профессиональных условиях.

Перивисцериты после резекции желудка могут сопровождаться незначительным, умеренным и выраженным болевым синдромом. Поэтому больным противопоказаны виды и условия труда, которые могут вызывать усиление болей (рабо-

ты, связанные со значительным физическим напряжением, вынужденным положением и сотрясением тела, напряжением мышц брюшного пресса, длительной ходьбой). При выраженном болевом синдроме больные чаще всего ограниченно трудоспособны.

В заключение следует указать, что тотальная резекция желудка сама по себе является основанием для пожизненного определения инвалидности III группы по признаку выраженного анатомического дефекта.

РАК ЖЕЛУДКА

Рак желудка — заболевание довольно частое и составляет около $\frac{1}{3}$ всех локализаций рака. По данным И. В. Давыдовского, основанным на материале 100000 вскрытий умерших от рака, 35—40% всех злокачественных опухолей приходится на рак желудка.

В СССР принято различать четыре стадии рака желудка по клиническому течению.

Стадия I. Клинические данные мало характерны и диагноз устанавливается исключительно рентгенологически. Опухоль обычно небольшая, четко отграниченная, занимает незначительный участок слизистой оболочки или подслизистого слоя желудка, не прорастая его стенку; метастазы в регионарных лимфатических узлах отсутствуют.

Стадия II. Проявляются местные и общие симптомы заболевания. Опухоль занимает значительный участок, прорастает подслизистый и мышечный слой желудка, доходит до серозного покрова и не спаяна с соседними органами; наблюдаются одиночные метастазы в ближайших регионарных лимфатических узлах.

Стадия III. Имеются выраженные функциональные расстройства. Опухоль больших размеров, прорастает все слои стенки желудка и его серозный покров, распространяясь на окружающие органы и ткани, малоподвижна; имеются множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Стадия IV. Характеризуется наличием терминальных расстройств. Имеется обширное или тотальное поражение желудка с переходом на соседние органы. Наблюдаются метастазы в отдаленные лимфатические узлы, в кости, в легкие и т.д.

Клинический прогноз при раке желудка является неблагоприятным; даже после радикальной операции он остается сомнительным. Кроме того, после резекции желудка могут возникнуть ранние или поздние осложнения, связанные с самой операцией. К ним относятся, например, агастральная астения (демпинг-синдром), синдром приводящей петли, на-

рушение функции анастомоза, хронические гастрогенные энтероколиты и гепатиты, агастрическая анемия, послеоперационные перивисцериты и др. Но, учитывая, что в последнее время отдаленные результаты радикального лечения рака желудка стали более благоприятными, возникает задача рационального трудоустройства этих больных в соответствии с их состоянием, специальностью и квалификацией.

При определении трудоспособности больных, перенесших резекцию желудка по поводу рака, необходимо учитывать следующие моменты: стадию развития раковой опухоли и локализацию ее в момент операции; прорастание опухоли в прилегающие органы и ткани; данные гистологического исследования опухоли; характер операции (радикальная или паллиативная); срок, прошедший после операции; результат лучевой терапии (если она проводилась); общее состояние больного и функциональные изменения в момент обследования и в динамике; профессию, условия труда и быта, обстановку больного на труд.

Клинические наблюдения показывают, что большая часть больных возвращается к трудовой деятельности в течение первого—второго года после операции резекции желудка. Однако в ближайшие послеоперационные сроки трудно предсказать возможность рецидива или метастазов рака желудка и т.д. Вследствие неясности прогноза, а также необходимости развития и стабилизации компенсаторно-приспособительных механизмов, можно считать допустимым определение II группы инвалидности в течение первых 2 лет после операции больным, оперированным в III стадии рака желудка. Лишь в отдельных случаях может быть рекомендована работа в специально созданных условиях: в цехах для инвалидов, где предусмотрены индивидуальные нормы выработки, сокращенный рабочий день, дополнительные перерывы в работе, (что позволяет соблюдать диету), осуществляется систематический врачебный контроль и т.д. Некоторым больным можно разрешить работу на дому, с доставкой туда сырья и приемом готовой продукции, без обязательных норм выработки. Больные, занимающиеся умеренным физическим или интеллектуальным трудом, оперированные в I и II стадиях рака желудка, при отсутствии данных о рецидиве или метастазировании опухоли могут быть признаны частично нетрудоспособными и даже трудоспособными уже через год после операции.

В последующие годы далеко не исключается возможность полного восстановления трудоспособности у многих больных, особенно в профессиях нефизического труда. Исключением являются больные, подвергшиеся тотальной гастрэктомии, после которой определяют III группу инвалидности бессрочно.

Больным, перенесшим резекцию желудка по поводу рака более 2 лет назад, при отсутствии рецидива, метастазов, перивисцерита с болевым синдромом, гастрогенных нарушений со стороны кишечника, анемии, упадка питания и других осложнений можно рекомендовать работу, не связанную со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, предписанным темпом, длительным вынужденным положением, сотрясением тела, напряжением мышц брюшного пресса, воздействием высоких температур и проникающей радиации. Важным условием является возможность соблюдения диеты. Если трудоустройство больного связано со снижением квалификации или значительным сокращением объема производственной деятельности, то ВТЭК определяет III группу инвалидности. При наличии перечисленных выше осложнений больных часто признают нетрудоспособными (инвалидность II группы), а при рецидиве и метастазах рака, учитывая тяжелый прогноз,— инвалидами I группы. Иногда в виде исключения при быстро прогрессирующем течении заболевания, чтобы не травмировать психику больных, их не направляют во ВТЭК для определения I группы инвалидности, а продолжают освобождать от работы по больничному листу.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ

В практике врачебно-трудовой экспертизы, в зависимости от тяжести течения заболевания, склонности к обострениям, выраженности функциональных нарушений различают три формы хронического энтероколита: легкую, среднюю и тяжелую.

При легкой форме хронического энтероколита боли наблюдаются главным образом во время обострения болезни. Стул неустойчив: запор сменяется поносом, но могут быть периоды, когда стул нормален. В кале часто обнаруживается слизь. Обычно отмечается вздутие живота. Общее питание не нарушено. Обострения заболевания наблюдаются редко.

Больные, как правило, трудоспособны в своей профессии, но им противопоказана работа, не позволяющая соблюдать диетический режим. В периоды обострения они нуждаются в освобождении от работы по больничному листу для соответствующего лечения. Иногда с учетом выраженности функциональных нарушений и характера трудовой деятельности лечение можно проводить без освобождения от работы.

При хроническом энтероколите средней тяжести болевой синдром выражен нерезко, но довольно стоек. Стул неустойчив, нормализация его кратковременна. Appetit плохой, общее питание снижено. Обострения заболевания возникают несколько раз в год и требуют освобождения от работы по

больничному листу, а иногда и стационарного лечения. Часто отмечаются невротические расстройства со склонностью к депрессивному состоянию.

Больным противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением, охлаждением, сотрясением тела, воздействием энтеротропных промышленных ядов (свинец, ртуть, фосфор и др.). Они не могут выполнять работу, связанную с длительными разъездами и командировками, так как это затрудняет соблюдение диетического режима.

Перевод на другую работу может осуществляться ВКК лечебных учреждений. Однако если при этом снижается квалификация или значительно сокращается объем производственной деятельности, то больных следует направлять во ВТЭК для определения III группы инвалидности.

При тяжелой форме хронического энтероколита болевой синдром резко выражен, стоек. Стул жидкий, частый, до 5—8 раз в сутки. Appetit снижен, нарушено общее питание, часто развивается анемия. Обострения заболевания часты и длительны. Кроме тяжелого энтероколита, у больных нередко обнаруживаются гастрит, гепатит, холецистит, астенические и невротические реакции с ипохондрическим фоном.

Такие больные нетрудоспособны в обычных профессиональных условиях, т. е. являются инвалидами II группы. Реже они признаются ограниченно трудоспособными (инвалидность III группы).

Г л а в а X I

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ И ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ

При оценке трудоспособности больных хроническими гепатитами и циррозами печени нужно учитывать следующие моменты: клинические проявления болезни, в том числе выраженность болевого и диспептического синдромов, морфологические изменения, наличие нарушений функции печени, особенности течения заболевания, состояние портального кровообращения, наличие гиперспленизма, характер работы и условия труда.

Временная нетрудоспособность возникает у больных хроническими гепатитами при обострении в течении заболевания. При этом появляются общая слабость, утомляемость, боли в подложечной области и в правом верхнем квадранте живота, диспептические расстройства. Определяется увеличение и болезненность печени, иногда селезенки. При более выраженных обострениях отмечается повышение температуры, появление звездчатых телеангиэктазий, желтухи, зуда, похудание. Больные подлежат стационарному или амбулаторному лечению и могут быть выписаны на работу при ликвидации или значительном уменьшении перечисленных явлений.

Физическое напряжение вызывает у больных хроническими гепатитами и циррозами печени усиление болей. Рабочая поза также имеет значение: этим больным нельзя находиться длительно в горизонтальном или согнутом положении, на корточках и т. п. Нельзя допускать сотрясения тела, толчков, воздействия вибрации. Противопоказан ускоренный темп в работе. Необходимо исключить возможность контакта с гепатотропными промышленными ядами (фосфор, мышьяк, четыреххлористый углерод, тринитротолуол, галовакс, дихлорэтан, тетрачлорэтан и др.), которые вызывают деструктивные изменения в печени. Противопоказаны работы, не позволяющие соблюдать режим питания, ночные смены, командировки.

В практике врачебно-трудовой экспертизы больных хроническими гепатитами делят на две группы:

1. Хронический гепатит с благоприятным течением и умеренными нарушениями функциональной способности печени. Боли и диспептические нарушения у этих больных незначительны, понижения питания нет. Склеры могут быть субиктеричными, печень увеличена, болезненна; в $1/3$ случаев увеличена и селезенка. Изменений со стороны крови нет. Обострения редки (примерно 1 раз в 3 года), кратковременны (до 3 недель). Имеются нарушения одной — двух функций печени. Трудоспособность сохраняется ко многим видам труда. Не рекомендуется находиться на работе, связанной со значительным физическим напряжением, длительным вынужденным положением и сотрясением тела, контактом с гепатотропными ядами, невозможностью соблюдать диету. Лица интеллектуального труда могут оставаться на своей работе, если в ней нет перечисленных выше противопоказанных факторов. Перевод на другую работу может быть произведен через ВКК. Однако, если при этом снижается квалификация или значительно сокращается объем производственной деятельности, больного следует направить на ВТЭК, которая определяет инвалидность III группы.

2. Хронический гепатит с склонностью к обострениям и выраженными нарушениями функциональной способности печени (предцирротическая стадия).

Больные жалуются на общую слабость, боли в области печени, диспептические расстройства. Отмечается субиктеричность видимых слизистых и кожи, могут быть сосудистые звездочки. Печень увеличена, уплотнена, безболезненна. Селезенка увеличена в 50% случаев. Со стороны крови изменений нет. Имеются нарушения функций печени. Обострения заболевания часты (1—2 раза в год) и продолжительны (3 недели и более).

Этим больным противопоказаны работы, связанные даже с умеренным физическим и значительным нервно-психическим напряжением, предписанным темпом, длительной ходьбой, воздействием высокой температуры, а также факторы и условия труда, перечисленные выше. Трудоспособность этих больных значительно снижена.

Наиболее надежные данные для дифференцирования циррозов печени по морфологическому признаку можно получить путем прижизненного морфологического исследования (лапароскопия, биопсия). Однако в большинстве случаев симптоматология, свойственная тому или иному морфологическому типу цирроза, позволяет определить его вид на основе клинической картины.

Существует несколько стадий цирроза печени.

Стадия компенсации. Самочувствие удовлетворительное, результаты основных функциональных проб печени нормальные; печень нормальных размеров или увеличена, плотная;

лапароскопически — редкие узлы регенерации; пункционная биопсия — неполное нарушение дольковой структуры соединительнотканными тяжами, небольшое число узлов регенерации.

Стадия обратимой декомпенсации. Малая степень функциональной недостаточности: снижена работоспособность, слабость, результаты основных функциональных проб печени нормальны или близки к норме; печень увеличена или нормальных размеров, плотная; лапароскопически — узлы регенерации, не нарушающие форму печени; биопсия — белковая дегенерация клеток I—II степени, узлы регенерации, нарушение дольковой структуры печени перегородками, возможны отдельные фокальные некрозы, признаки интенсивной регенерации печеночных клеток.

Средняя степень функциональной недостаточности: вялость, анорексия, диспепсия, иногда желтуха; показатели основных функциональных проб печени отклонены от нормы; печень увеличена или уменьшена в размерах, плотная, могут прощупываться узлы регенерации; лапароскопически — деформация печени узлами регенерации, размеры одной или обеих долей уменьшены; биопсия — дегенерация печеночных клеток высоких степеней, распространенные фокальные и центральные некрозы.

Тяжелая степень функциональной недостаточности: синдром интоксикации с изменениями сознания (прекома, кома); значительные изменения показателей основных функциональных проб печени; печень уменьшена в размерах; иногда асцит; биопсия — дегенерация печеночных клеток высоких степеней, распространенные фокальные и центральные некрозы.

Стадия необратимой декомпенсации (с выраженными дистрофическими изменениями): проявления эндогенной дистрофии — истощение, полигиповитаминоз; результаты основных функциональных проб печени резко отклонены от нормы; нарушение функции почек; олигурия; печень уменьшена в размерах; асцит; лапароскопически — выраженная деформация печени с множественными узлами регенерации, уменьшение обеих долей, выраженная портальная гипертензия; биопсия — полная замена дольковой структуры печени, выраженное уменьшение общего объема печеночной ткани, обширный диффузный фиброз.

Приводим примеры диагнозов.

1. Постнекротический цирроз печени вследствие болезни Боткина, функционально декомпенсированный (стадия необратимой декомпенсации) с Портальной гипертензией, гиперспленизмом и прогрессирующим течением.

2. Портальный цирроз печени на почве болезни Боткина и алкоголизма, функционально компенсированный, с портальной гипертензией, гиперспленизмом и прогрессирующим течением.

3. Билиарный цирроз печени в результате стриктуры общего желчного протока, функционально декомпенсированный (стадия обратимой декомпенсации), без портальной гипертензии гиперспленизма, со стабильным течением.

Временная нетрудоспособность у больных циррозами печени возникает в связи с обострениями заболевания, развитием осложнений и др. При этом отмечается усиление слабости, утомляемости, болей, ухудшение аппетита и других диспептических расстройств, появление или увеличение желтухи, лихорадки, носовых кровотечений, пурпуры, звездчатых телеангиэктазий и др. Иногда внезапно возникает кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка, обостряются явления ангиохолита и др. Больные подлежат госпитализации для комплексного проведения лечения. Они могут быть выписаны на работу, если в ней нет противопоказанных факторов и условий труда, после того как наступит ремиссия.

При нерезко выраженных явлениях портального цирроза печени больные могут выполнять легкую работу и все виды интеллектуального труда. Но если наблюдаются обострения заболевания, появляются кровотечения из расширенных вен пищевода, асцит, значительные нарушения функционального состояния печени, то больные полностью утрачивают трудоспособность в обычных профессиональных условиях (II группа инвалидности). На заключительном этапе течения заболевания больные часто прикованы к постели и требуют постоянного постороннего ухода и помощи. В связи с этим должна определяться инвалидность I группы. Однако при портальном циррозе печени трудоспособность в показанных видах труда сохраняется более длительное время, чем при постнекротическом и смешанном циррозах. Это объясняется особенностями течения портального цирроза печени, в частности более медленным развитием нарушений функциональной способности печени.

При билиарном циррозе печени в начальном периоде, когда клинические проявления заболевания выражены нерезко, а функциональные пробы дают небольшие отклонения от нормы, больным противопоказаны работы, связанные с тяжелым физическим напряжением, воздействием гепатотропных ядов, сотрясением тела, длительной ходьбой. Благодаря широкому кругу доступных профессий они могут быть переведены на показанные работы по рекомендации ВКК. Однако, если это связано с потерей квалификации или значительным сокращением объема производственной деятельности, больные признают инвалидами III группы.

В дальнейшем, когда боли приобретают постоянный характер, возникают диспептические расстройства, резкое увеличение и уплотнение печени, желтуха, более выраженные нарушения функциональной способности печени, больные могут

выполнять лишь легкую физическую и интеллектуальную работу небольшого объема. Им противопоказаны работы, требующие вынужденного согнутого положения туловища, контакт с гепатотропными ядами. При необходимости перевода на менее квалифицированную работу или значительном сокращении объема производственной деятельности устанавливается III группа инвалидности. При развитии портальной гипертензии, асцита, резких нарушений функций печени больных признают инвалидами II, иногда I группы.

У больных циррозами печени наблюдаются выраженные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: глухость тонов сердца, появление систолического шума над верхушкой, диффузные и очаговые изменения мышцы сердца. Здесь имеют значение нарушения электролитного обмена (гипокалиемия), инфекция, которая может привести к развитию миокардита.

Отмечаются изменения со стороны нервной системы: астено-невротический синдром (адинамия, бессонница и т. д.), поражения вегетативной нервной системы (аллергические реакции, стойкий красный дермографизм, слюнотечение и др.), поражения периферической нервной системы (радикулиты, полирадикулоневриты и др.).

Эти изменения со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем отягощают клинический и трудовой прогнозы и их нужно учитывать при вынесении экспертных решений.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Временная утрата трудоспособности Наступает у больных хроническим холециститом при обострении заболевания, появлении осложнений. Больные подлежат амбулаторному или стационарному лечению. Критериями восстановления трудоспособности являются прекращение или значительное уменьшение болей и диспептических явлений, нормализация температуры, лейкоцитоза, СОЭ, исчезновение желтухи. Если последняя связана с закупоркой общего желчного протока камнем, то чаще всего показано хирургическое лечение.

При экспертизе стойкой утраты трудоспособности у больных хроническим холециститом следует учитывать клиническую форму заболевания, характер течения болезни, условия труда. Этим больным противопоказаны работы, связанные со значительным или постоянным физическим напряжением, длительной ходьбой, вынужденным положением тела, частыми нагибаниями, травматизацией верхней половины живота, сотрясением тела, невозможностью соблюдения режима питания.

В практике врачебно-трудовой экспертизы в зависимости от тяжести течения заболевания различают три формы

хронического холецистита: легкую, средней тяжести и тяжелую.

При легкой форме хронического холецистита болевой и диспептический синдромы выражены умеренно, обострения редки (1—3 раза в год) и непродолжительны, возникают обычно при грубых нарушениях режима питания, злоупотреблении алкоголем и др.

- Больные могут выполнять работы, не связанные со значительным физическим напряжением, невозможностью соблюдать диету. Перевод на другую работу, если он необходим, не сопровождается особыми затруднениями и может быть осуществлен по заключению ВКК лечебных учреждений.

При среднетяжелой форме хронического холецистита наблюдаются выраженный болевой синдром и диспептические расстройства. Обострения заболевания часты и длительны (3—5 раз в год по 2—3 недели), связаны с нарушениями ритма питания, качественного и количественного состава пищи, употреблением алкоголя, переутомлением, воздействием интеркуррентной инфекции и т. д. Иногда развивается парциальный гепатит (образование так называемой риддеровской доли печени), ангиохолит.

Противопоказаны работы, связанные со значительным физическим напряжением, даже непостоянным, вынужденным положением и сотрясением тела, длительной ходьбой, травматизацией и напряжением мышц брюшного пресса, невозможностью придерживаться диеты. В связи со значительным сужением круга доступных профессий трудоспособность больных часто ограничена.

При тяжелой форме хронического холецистита отмечается резко выраженный и стойкий болевой синдром, сопровождающийся значительными диспептическими расстройствами. Обострения заболевания часты и длительны, наступают даже после незначительных погрешностей в диете, иногда без видимых причин. Заболевание часто осложняется ангиохолитом, панкреатитом и т. д.

Больные становятся нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях. Иногда может быть рекомендована работа в специально созданных условиях на производстве (чаще при интеллектуальных видах труда) или на дому.

При калькулезном холецистите заболевание может протекать более тяжело, что осложняет клинический и трудовой прогноз.

При редких приступах печеночной колики, умеренных воспалительных явлениях со стороны желчных путей, отсутствии или незначительных функциональных нарушениях у больных доступен широкий круг профессий, в связи с чем они, как правило, трудоспособны.

При умеренно выраженном, но стойком болевом синдроме, на фоне которого периодически возникают приступы печеночной колики, при явлениях перихолецистита, холангита, нарушениях функции печени круг доступных профессий значительно суживается. В связи с этим часто требуется перевод на другую работу, и если это сопровождается снижением квалификации или значительным сокращением объема производственной деятельности, то ВТЭК определяет инвалидность III группы.

При выраженном стойком болевом синдроме с частыми и тяжелыми приступами печеночной колики, явлениями ангиохолита, панкреатита и др. больные обычно независимо от профессии становятся нетрудоспособными (II группа инвалидности).

При тяжелом течении хронического холецистита, особенно калькулезного, и неэффективности консервативного лечения возникают показания к операции холецистэктомии. Хирургическое лечение во многих случаях дает хорошие результаты и способствует профилактике инвалидности.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Течение хронического панкреатита может быть очень длительным, медленным, вялым с периодическими обострениями. При выключении значительной части паренхимы поджелудочной железы развивается ее функциональная недостаточность с наличием характерных упорных поносов, истощением и даже кахексией. Резко выраженная индурация головки поджелудочной железы может привести к сдавливанию общего желчного протока и развитию механической желтухи. При вовлечении в процесс инсулярного аппарата возникает сахарный диабет.

При обострении хронического панкреатита больные временно нетрудоспособны в связи с необходимостью амбулаторного или стационарного лечения. Они могут быть выписаны на работу после прекращения или значительного уменьшения болей и диспептических расстройств, нормализации температуры, лейкоцитоза, ликвидации желтухи и т. д. При развитии сахарного диабета трудовой прогноз ухудшается.

Постоянная и длительная потеря трудоспособности при хроническом панкреатите зависит от тяжести заболевания, частоты обострений, наличия функциональной недостаточности поджелудочной железы, присоединения сахарного диабета и т. д.

При легком течении заболевания с редкими его обострениями противопоказана работа с тяжелым или умеренным, но постоянным физическим напряжением, сотрясением, вынужденным положением тела, напряжением мышц брюшного

пресса, охлаждением, длительными разъездами, командировками, невозможностью соблюдать пищевой режим. Если работа не противопоказана, то больные должны считаться трудоспособными. В других случаях ограничения труда могут быть определены ВКК. Но если переход на другую работу связан с потерей квалификации, уменьшением объема производственной деятельности, то больные направляются на ВТЭК и признаются ограниченно трудоспособными (III группа инвалидности).

При тяжелом течении заболевания, наличии частых обострений, выраженного болевого синдрома, упорных поносов, истощения больные нетрудоспособны (II группа инвалидности).

Присоединение механической желтухи или сахарного диабета обычно ухудшает состояние больных, еще более ограничивая их трудоспособность. Часто указанные осложнения выступают на первый план в клинической картине заболевания и приобретают самостоятельное значение для определения трудоспособности больных (см. соответствующие разделы).

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клиническая картина заболевания, в зависимости от локализации опухоли в головке, теле или хвостовой части поджелудочной железы, различна. Так при раке головки развивается стойкая желтуха, при раке тела характерны боли опоясывающего характера (в результате сдавления солнечного сплетения) и т. д. Рак поджелудочной железы довольно быстро дает метастазы в печень, сальник, брюшину (с развитием ракового перитонита), кишечник и т. д. Болезнь длится обычно несколько месяцев. При ранней диагностике рака возможна операция с иссечением опухоли или всей железы. После радикальной операции описаны единичные случаи выздоровления с давностью наблюдения до 5 лет и более.

В практике врачебно-трудовой экспертизы больные раком поджелудочной железы встречаются редко. Так как болезнь прогрессирует очень быстро, больные, получающие освобождение от работы по больничному листу, часто не переводятся на инвалидность. В случае более, длительного течения заболевания больные направляются на ВТЭК, которая, учитывая тяжелый клинический и трудовой прогноз, должна определять I группу инвалидности.

**ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ
(ЭВОЛЮТИВНОМ) ПОЛИАРТРИТЕ**

Инфекционный неспецифический (эволютивный) полиартрит (инфектарtrit, ревматоидный полиартрит) — заболевание, характеризующееся системным поражением соединительной ткани, главным образом опорно-двигательного аппарата. Инфектарtrit отличается тенденцией к прогрессирующему течению с анкилозированием и последовательным развитием глубоких нарушений трофики многих органов и систем.

Инфекционный неспецифический полиартрит по тяжести клинической картины и своим последствиям (анкилозирование) не имеет себе равных среди других форм артритов.

Инфектарtritом болеют преимущественно лица молодого и среднего возраста: среди взрослых 70—80% составляют люди в возрасте 20—50 лет. Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилартрит), которую советские авторы также относят к инфектарtrиту, часто поражает еще более молодой возраст 20—25 лет. Все это подчеркивает важность и актуальность вопросов врачебно-трудовой экспертизы при инфекционном неспецифическом полиартрите. Каждая форма инфектарtrита может протекать с преобладанием экссудативных или пролиферативных изменений в суставах, что и должно быть отображено в диагнозе.

Острый и подострый по началу болезни инфектарtrit может в дальнейшем приобрести хроническое, рецидивирующее течение; такое же рецидивирующее течение может иметь инфектарtrit с медленным, «хроническим», началом болезни. Эти клинические особенности артрита должны быть указаны в диагнозе. Пользуясь результатами клинического исследования и наблюдения, а также данными лабораторного исследования (лейкоцитоз, СОЭ, диспротеинемия, С-реактивный белок, дифиниламиновая проба и др.), в диагнозе врач должен отразить степень активности процесса (высокая, умеренная, минимальная), а также степень нарушения функции суставов по принятой в СССР трехбалльной схеме А. И. Нестерова, основанной на учете профессиональной способности и возможности самообслуживания больных.

- А. Сохранена
Б. Нарушена
- I. Профессиональная способность сохранена.
II. Профессиональная способность утеряна.
III. Утеряна возможность самообслуживания.

Более детальной, учитывающей задачи врачебно-трудовой экспертизы, является схема нарушения функции суставов, учитывающая конфигурацию сустава, объем активных и пассивных движений в нем, болевой синдром в покое и при нагрузке. Соответствующее значение придается данным рентгенологического и лабораторного исследований.

При нарушении функции сустава I степени движения в нем ограничены в небольших пределах. Так, в плечевом и тазобедренном суставах ограничение движений не превышает 20—30° и происходит преимущественно за счет отведения. В локтевом, коленном, луче-запястном и голено-стопном суставах возможны движения не менее чем на бв^уг исходного функционально выгодного положения. Болевой синдром при этом выражен в различной мере, в зависимости от активности воспалительного процесса. Что касается кисти, то амплитуда движений в суставах пальцев изменена незаметно, имеется легкая инфильтрация мягких тканей. Наконец, при нарушениях функций стопы I степени обнаруживаются едва уловимые деформации суставов и незначительные ограничения движений при почти полном сохранении опорной функции.

Для нарушения функции сустава II степени характерны значительные ограничения движений во всех направлениях. При поражениях плечевого и тазобедренного суставов амплитуда движений в разных направлениях не превышает 50°. Для локтевого, коленного, луче-запястного и голено-стопного суставов характерно снижение амплитуды движений до 45—20°. При поражении кисти, когда наблюдаются значительные деформации с отклонением пальцев в ульнарном направлении, а также дегенерация суставных хрящей пястно-фаланговых и межфаланговых суставов, отдельные виды схвата значительно ограничены. При нарушениях функций стопы II степени наблюдаются ограничения движений в суставах с резким отклонением пальцев кнаружи и их подвывихом, но с умеренным ухудшением опорной функции.

Нарушения функции сустава III степени характеризуются резко выраженным ограничением движений во всех направлениях с сохранением их амплитуды в пределах 15°, при условии функционально выгодного положения сустава или его неподвижности в этом положении. При нарушениях функции кисти III степени пределы возможных колебаний отдельных

видов схвата снижаются до 2 см. Особенно страдает хват цилиндрических и плоских тел.

Нарушения функций сустава IV степени характеризуются теми же показателями, но при условии фиксации сустава в функционально невыгодном положении.

Приводим примеры диагнозов:

1. Инфекционный неспецифический полиартрит, преимущественно суставная форма, с медленно прогрессирующим течением и преобладанием экссудативных явлений в суставах. Активность II степени. Функциональная недостаточность суставов II степени.

2. Инфекционный неспецифический полиартрит, суставно-висцеральная (септическая) форма, с быстро прогрессирующим течением и экссудативно-пролиферативными явлениями в суставах. Ревматоидный полисерозит. Активность III степени. Функциональная недостаточность суставов III степени.

3. Инфекционный неспецифический полиартрит, сочетанная форма, с медленно прогрессирующим течением и преобладанием пролиферативных явлений в суставах. Активность I степени. Функциональная недостаточность суставов I степени. Обменно-дистрофический полиартрит.

При суставно-висцеральных формах поражение суставов и внутренних органов имеет одинаковую природу.

С точки зрения клинического течения и эволюции болезни выделяют два основных варианта инфекционного полиартрита: а) медленно прогрессирующую и б) быстро прогрессирующую форму болезни. Использование этого определения не может быть еще стандартизовано; оно характеризует крайние типы течения болезни и в основном отражает опыт врача. Наконец, общая картина болезни должна получить оценку и с точки зрения ее тяжести: легкая, средняя и тяжелая. При этом должно быть принято во внимание не только состояние суставов, но и общее состояние больного, состояние его внутренних органов, обмена веществ, питания и иммунитета.

Для оценки трудоспособности больных инфекционным неспецифическим полиартритом весьма важно учитывать данные о выраженности и характере поражения суставов, распространенности поражения (количество пораженных суставов), о преимущественном вовлечении в процесс различных групп суставов (проксимальные или дистальные суставы), их функциональной недостаточности, а также об активности патологического процесса, выраженности и упорстве болевого синдрома. Следует подчеркнуть, что сочетанное поражение крупных проксимальных суставов — плечевых, тазобедренных, коленных — значительно чаще ведет к полной утрате трудоспособности, чем дистальных — голено-стопных суставов, стоп, луче-запястных и даже суставов кистей.

Больным инфекционным неспецифическим полиартритом противопоказаны работы, связанные с пребыванием в сыром, холодном помещении, на улице (в холодном климате). Способствует обострению заболевания воздействие холодной

воды на пораженные суставы. Недоступны также работы, связанные с длительной ходьбой или стоянием. Важно, чтобы место жительства не находилось далеко от предприятия, так как транспортная проблема нередко выступает на передний план в жизни и трудовой деятельности этих больных.

При остром и подостром начале инфекционного полиартрита больные являются временно нетрудоспособными до исчезновения местных явлений со стороны пораженных суставов, нормализации температуры и СОЭ.

При легком течении инфекционного полиартрита, характеризующемся длительными ремиссиями, нерезко выраженным болевым синдромом, без стойких изменений со стороны суставов (в том числе и рентгенологических) или с нерезкими изменениями в одном — двух суставах, при нарушении их функции I степени больные могут выполнять работы, связанные с незначительным физическим напряжением, в благоприятных метеорологических условиях. Доступны также различные виды интеллектуального труда без разъездов и юэмандровок. Ввиду сужения круга доступных профессий перевод на другую работу нередко приводит к снижению квалификации или уменьшению объема производственной деятельности. В этих случаях ВТЭК должна определять инвалидность III группы.

Если заболевание протекает с частыми и длительными обострениями, развитием выраженных деформаций суставов, иногда анкилозов, что сопровождается функциональной недостаточностью суставов II степени, то больные становятся нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях (II группа инвалидности). При преимущественном поражении кистей и нарушении их функций II—III степени даже лица интеллектуального труда не всегда справляются с полным объемом работы, а иногда становятся нетрудоспособными в обычных профессиональных условиях.

При тяжелом быстро прогрессирующем течении заболевания, приводящем к обезображиванию суставов и резкому нарушению их функции (функциональная недостаточность III и IV степени), больные приковываются к постели, требуют постоянного постороннего ухода и помощи. В этих случаях ВТЭК определяет инвалидность I группы.

Поскольку инфекционным неспецифическим полиартритом болеют преимущественно лица молодого и среднего возраста, а заболевание часто имеет медленно прогрессирующее течение, актуальным является вопрос о необходимости уже на ранних этапах изменения профиля труда. Для этого может быть использовано переобучение больных в профессионально-технических училищах и на курсах, а также индивидуальное ученичество на предприятиях. Это является важным мероприятием на пути профилактики инвалидности больных инфекционным неспецифическим полиартритом.

**ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ПРИ НЕКОТОРЫХ БОЛЕЗНЯХ
ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

При экспертизе трудоспособности больных сахарным диабетом различают легкую, средней тяжести и тяжелую форму заболевания. Следует также учитывать сопутствующие заболевания, которые отягощают течение сахарного диабета, ухудшают трудовой прогноз.

К легкой форме сахарного диабета надо отнести случаи заболевания с нерезко выраженным нарушением углеводного обмена. Содержание сахара в крови натощак не превышает 1,8—2,0 г/л. Глюкозурия может быть непостоянной или держаться на невысоких показателях, не больше 5% по отношению к сахарной ценности пищи. Явления ацидоза (ацетонемия, ацетонурия, пониженная резервная щелочность) не наблюдаются. Иногда заболевание выявляется случайно при исследовании мочи и обнаружении глюкозурии. Чаше же больные жалуются на небольшую слабость, повышенную утомляемость, сухость во рту.

Диетотерапией удается устранить глюкозурию.

При диабете средней тяжести гликемия достигает средних степеней, но не превышает 2,5 г/л. Суточная глюкозурия более 5% сахарной ценности пищи и ее нельзя устранить одними диетическими мероприятиями. Регуляция нарушенного углеводного обмена и предупреждение ацидоза возможны лишь при приеме внутрь сульфамидных сахароснижающих препаратов или введении инсулина с одновременным соблюдением целесообразно построенной диеты.

При этой форме сахарного диабета больные жалуются на слабость, сухость в полости рта, жажду, обильное мочеиспускание, повышенный аппетит, кожный зуд (иногда генитальный). Кожа сухая, грубая, часто шелушащаяся.

Для тяжелой формы сахарного диабета характерна гипергликемия свыше 2,5 г/л и выраженная глюкозурия, приводящая к упадку питания. Нередко наблюдаются ацидоз и гипогликемические состояния. Субъективная симптоматика

такая же, как при форме средней тяжести, но резко выражена. Одним диетическим лечением не удается устранить декомпенсацию. Только инсулинотерапия замедляет прогрессирование заболевания и предупреждает развитие диабетической комы. Часты сопутствующие заболевания; снижается сопротивляемость организма и в связи с этим нередко возникают и тяжело протекают интеркуррентные заболевания (пневмонии и др.).

Больные сахарным диабетом в легкой форме сохраняют трудоспособность. Однако, учитывая, что у больных сахарным диабетом энергетические ресурсы ограничены, расход их должен производиться экономно. Поэтому всем больным сахарным диабетом, в том числе и легкой формы, противопоказан тяжелый физический труд и виды труда, связанные с большим нервно-психическим напряжением. Кроме того, не рекомендуется работа в ночные смены, командировки и другие виды труда, нарушающие пищевой режим. Указанные ограничения в трудовой деятельности успешно осуществляют ВКК.

При средней тяжести диабета трудоспособность больных часто сохранена. Однако при трудоустройстве этих больных им необходимо предоставить такие условия труда, которые обеспечили бы возможность строго соблюдать режим питания и получать инсулин.

Ввиду того что при приеме инсулина может развиваться гипогликемическое состояние, иногда с потерей сознания, таким больным не рекомендуются работы вблизи огня и движущихся механизмов, на высоте, водительские и некоторые другие профессии.

Ограничения на работе и трудоустройство у части больных этой формой диабета могут быть осуществлены решением ВКК. Но в ряде случаев в связи с необходимостью перехода на другую работу снижается квалификация, что обуславливает установление больным сахарным диабетом средней тяжести III группы инвалидности.

При декомпенсации обмена, сопровождающейся обострением всех симптомов диабета, временно может наступить полная утрата трудоспособности. Правильные, своевременно назначенные охранительный режим и лечение ликвидируют обострение и восстанавливают прежнюю трудоспособность в течение 1—3 недель в зависимости от тяжести заболевания.

Временная нетрудоспособность у больных сахарным диабетом может наступить также в результате интеркуррентных заболеваний и наблюдается не чаще, чем у лиц, не болеющих сахарным диабетом. Однако в связи с пониженной сопротивляемостью организма больных сахарным диабетом интеркуррентные заболевания у них могут протекать более

длительно, чем у лиц, не страдающих сахарным диабетом. В подобных случаях количество дней временной нетрудоспособности определяется лечащим врачом в зависимости от интеркуррентного заболевания с учетом формы сахарного диабета.

У больных тяжелой формой сахарного диабета при правильном лечении иногда сохраняется работоспособность, но с большими ограничениями. В таких случаях могут быть доступны лишь работы с незначительным физическим или нервно-психическим напряжением в благоприятных, специально созданных для таких больных условиях. Но большинству больных тяжелой формой сахарного диабета регулярный профессиональный труд противопоказан и в связи с этим им устанавливается II группа инвалидности.

Определение трудоспособности больных сахарным диабетом обязательно решается с учетом осложнений и сопутствующих заболеваний.

При несвоевременно начатом и несистематически проводимом лечении, часто наступающих состояниях декомпенсации сахарного диабета могут возникнуть осложнения и сопутствующие заболевания со стороны следующих систем и органов: сердечно-сосудистой системы — гипертоническая болезнь, атеросклероз, особенно сосудов сердца и головного мозга, облитерирующий эндартериит, гангрена; органов дыхания — туберкулез легких, пневмония; органов пищеварения — альвеолярная пиорея, раннее выпадение зубов, жировая инфильтрация и цирроз печени; мочеполовой системы — нефропатия, характеризующаяся протеинурией, гипертонией и ретинопатией, цистит, пиелит, пиелонефрит, импотенция у мужчин, бесплодие, самопроизвольные аборт у женщин; нервной системы — невралгия, парестезии, невриты, параличи; органов зрения — ретинопатия, катаракта; кожи — дерматит, экзема, фурункулез и т. д.

Наиболее опасным спутником сахарного диабета является сосудистая патология. Частота этой сочетанной патологии, по статистическим данным разных авторов, близка 70%.

Для врачебно-трудовой экспертизы важно установить, в какой степени комплексное лечение компенсирует эту сочетанную патологию и на какой срок. Комплексная терапия принципиально не отличается от обычной терапии этих заболеваний в отдельности, но достижение хорошего эффекта представляет определенную трудность и закрепление на длительный срок достигнутого успеха от комплексного лечения также очень затруднительно.

Комплексное лечение больных сахарным диабетом, сочетанным с гипертонической болезнью, коронарным атеросклерозом с хронической коронарной недостаточностью, приступами стенокардии в течение 21—24 дней приводит к улучшению субъективных и объективных показателей. Эти сроки могут

являться ориентирами при временной нетрудоспособности в случае указанной сочетанной патологии.

Клинические наблюдения показывают, что у большинства больных сахарным диабетом легкой формы в сочетании с гипертонической болезнью I стадии трудоспособность снижена. Эти больные могут продолжать работу, если она связана с умеренным физическим и нервно-психическим напряжением.

Больные, страдающие легким или средней тяжести диабетом и гипертонической болезнью II стадии, часто не могут продолжать свою профессиональную деятельность в обычных производственных условиях. Таким больным, если они выполняли тяжелый физический труд или интеллектуальный труд с большим нервно-психическим напряжением, необходимо устанавливать II группу инвалидности.

Больным с диабетической гангреной нижних конечностей устанавливается II группа инвалидности, а в некоторых случаях они нуждаются в постоянном постороннем уходе и должны быть отнесены к инвалидам I группы.

ТИРЕОТОКСИКОЗ

Улучшение эндокринологической помощи в СССР дает возможность своевременно выявлять больных тиреотоксикозом и после успешного лечения восстанавливать их трудоспособность.

Однако у сравнительно небольшого числа больных не удается достичь максимального лечебного эффекта и они переводятся на инвалидность. Это в значительной степени обусловлено несвоевременным и несистематическим лечением, а также развитием осложнений.

Таким образом, позднее обнаружение болезни, несвоевременное, несистематическое и непродолжительное лечение являются одной из основных причин наступления инвалидности у больных тиреотоксикозом. Кроме лечения, решающим фактором для выздоровления больных является правильное трудоустройство.

В экспертной практике тиреотоксикоз по степени выраженности клинических симптомов с преобладанием того или иного синдрома принято делить на три формы.

Легкая форма характеризуется стертой клинической картины, нерезко выраженными явлениями тиреотоксикоза: раздражительность, быстро наступающая утомляемость, плохой сон, потливость, иногда субфебрилитет, нерезкая тахикардия (до 100 сокращений в 1 минуту). Глазные симптомы отсутствуют или нерезко выражены. Щитовидная железа незначительно увеличена. Основной обмен повышен до +15%, + 30%.

Больным этой формой базедовой болезни противопоказан тяжелый физический труд, работы со значительным нервно-психическим напряжением и при высокой температуре окружающей среды. Ввиду широкого круга доступных профессий перемена работы в этих случаях редко ведет к снижению квалификации и установлению группы инвалидности. Трудоустройство осуществляется решением ВКК.

При обострении заболевания временная нетрудоспособность не превышает 7—10 дней и в дальнейшем лечение проводится без отрыва от производства.

При форме средней тяжести явления тиреотоксикоза более выражены. Щитовидная железа заметно увеличена, глазные симптомы выражены. Основной обмен повышен до +40%. В клинике, помимо вегетативных расстройств, могут занимать преобладающее место один или несколько из нижеперечисленных синдромов: а) нервно-психический синдром: возбудимость, раздражительность, беспокойное поведение больного; б) сердечный синдром: стойкая тахикардия (до 120 сокращений в минуту), расширение сердца, систолический шум у верхушки сердца, повышение систолического давления; в) желудочно-кишечный синдром: упорные поносы, иногда рвота, упадок питания; г) мышечный синдром в виде слабости скелетной мускулатуры и ее гипотрофия.

Больным с формой средней тяжести противопоказаны виды труда с умеренным физическим и значительным нервно-психическим напряжением, с предписанными темпами, требующие постоянного напряжения внимания и частого его переключения. Эти больные плохо переносят пребывание на солнце и в горячих цехах.

В связи с вышеизложенным работоспособность этой категории больных значительно снижена и при противопоказанных условиях и видах труда им может быть установлена III группа инвалидности.

Временная нетрудоспособность в зависимости от выраженности обострения может быть продлена до 4 месяцев.

Для тяжелой формы базедовой болезни характерно наличие нескольких выраженных синдромов. Наблюдаются резкое исхудание, выраженная мышечная слабость, расстройство сердечного ритма, выраженная недостаточность кровообращения, иногда профузные поносы, гепатит с желтухой, значительные изменения со стороны психической сферы вплоть до психоза. Основной обмен резко повышен (до +50%, +70% и выше).

Больные тяжелой формой базедовой болезни ни к какому труду не пригодны, а в кахектической или дистрофической стадии нуждаются в постоянном уходе.

Окончательные трудовые экспертные решения в отношении больных тиреотоксикозом следует выносить только после про-

веденного консервативного лечения, так как оно нередко дает хороший эффект и повышает трудоспособность больных. Но наибольший эффект дает оперативное лечение. Субтотальная струмэктомия приводит к восстановлению трудоспособности у 85—90% больных.

Трудоэкспертные заключения после оперативного лечения больных тиреотоксикозом зависят от формы болезни и обратимости нарушенных функций тех или иных органов и систем.

При форме средней тяжести после успешного оперативного лечения в течение 1/2—2 месяцев больные временно нетрудоспособны, а затем возвращаются к привычному труду, которым они занимались до заболевания. Лица, занятые тяжелым физическим трудом или другими противопоказанными видами труда, после операции на щитовидной железе подлежат временному отнесению (на 1—2 года) к инвалидам III группы.

Больным тяжелой формой тиреотоксикоза на послеоперационный период, продолжительностью до 6—12 месяцев, сохраняется II группа инвалидности. По истечении указанного периода эти больные после переосвидетельствования переводятся обычно в III группу инвалидности и включаются в трудовую деятельность. Еще в течение длительного времени таким больным противопоказан тяжелый физический труд и значительное нервно-психическое напряжение. При непротивопоказанных профессиях ВТЭК решает вопрос о признании этих больных трудоспособными.

Г л а в а XIV

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ НЕКОТОРЫХ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВИ

Болезни системы крови занимают сравнительно небольшое место среди причин инвалидности.

АНЕМИИ

Приводим определение трудоспособности при некоторых видах анемий, наиболее часто встречающихся в экспертной практике.

Хроническая постгеморрагическая анемия. Трудоспособность зависит от основного заболевания, приведшего к хронической постгеморрагической анемии, и степени тяжести анемии. Поэтому до вынесения трудоэкспертных решений необходимо диагностировать основное заболевание, так как исследование крови констатирует гипохромную анемию, но не дает указания на ее происхождение.

По тяжести клинической картины и гематологического исследования различают легкую, средней тяжести и тяжелую форму хронической постгеморрагической анемии.

Легкая форма: снижение числа эритроцитов до $3,5 \cdot 10^6$ и гемоглобина до 100—80 г/л с цветовым показателем 0,7—0,8. Качественные изменения эритроцитов отсутствуют или нерезко выражены. Функция сердечно-сосудистой и других систем и органов не нарушена.

Форма средней тяжести: число эритроцитов снижено до $3,5 \cdot 10^6$ — $2,5 \cdot 10^6$, гемоглобина — до 80—60 г/л; качественные изменения эритроцитов (анизоцитоз и пойкилоцитоз, полихромазия); незначительная лейкопения с относительным лимфоцитозом и тромбоцитопения; небольшой ретикулоцитоз. Недостаточность кровообращения I—II А стадии.

Тяжелая форма: число эритроцитов уменьшается до $2,5 \cdot 10^6$ и менее, а содержание гемоглобина — до 50—40 г/л с цветовым показателем 0,5—0,4; выраженные качественные изменения эритроцитов; нередко ретикулоцитопения. В клинической картине манифестируют нарушения функций сердечно-сосудистой и нервной систем.

При определении трудоспособности, помимо основного заболевания и степени тяжести хронической постгеморрагической анемии, учитывается также эффективность лечения основного заболевания и самого малокровия.

При легкой форме хронической постгеморрагической анемии трудоспособность большинства больных сохраняется. Некоторые ограничения в трудовой деятельности успешно осуществляют ВКК.

При форме средней тяжести больным противопоказаны работы с кровяными ядами (свинец, мышьяк) и источниками ионизирующей радиации, вблизи движущихся механизмов. Также противопоказаны виды работ, требующие даже умеренного физического и значительного нервно-психического напряжения.

Трудоспособность больных в большинстве случаев значительно ограничена и нередко возникает необходимость в установлении III группы инвалидности.

При тяжелой форме больные полностью утрачивают трудоспособность и им устанавливается II группа инвалидности.

Обнаружив хроническую постгеморрагическую анемию, в зависимости от степени ее тяжести начинают проводить амбулаторное или стационарное лечение.

При формах средней тяжести и тяжелой больные с впервые обнаруженной хронической постгеморрагической анемией признаются временно нетрудоспособными и им выдается больничный лист на срок до получения положительного эффекта от лечения, но не более чем на 4 месяца. За этот период окончательно определяется клинический и трудовой прогноз, устанавливается длительность и степень утраты трудоспособности, намечается и осуществляется реабилитация больных.

Пернициозная анемия (болезнь Аддисона—Бирмера, B_{12} -фолиеводефицитная анемия). Для пернициозной анемии характерна цикличность течения, рецидивы болезни чередуются с периодами ремиссии.

Прогноз при пернициозной анемии в настоящее время благоприятный. Современный метод этиологической и патогенетической терапии витамином B_{12} при рецидиве относительно быстро приводит к гематологической ремиссии, а поддерживающая терапия витамином E_{22} в периоде ремиссии предупреждает наступление рецидива. В связи с этим больные длительное время сохраняют трудоспособность. Однако они нуждаются в ограничении трудовой деятельности, так как болезнь неизлечима и состояние больного даже при полной компенсации следует отличать от состояния практически здорового человека. Тем более что у больных даже при гематологической ремиссии могут оставаться изменения со стороны органов пищеварения, сердечно-сосудистой и нервной

систем. Все это обязательно учитывается при определении тяжести заболевания при проведении экспертизы трудоспособности.

Легкая форма пернициозной анемии характеризуется продолжительными ремиссиями, длящимися 1—2 года и более. Во время рецидивов заболевания число эритроцитов падает до $3,5 \cdot 10^6$ — $2,5 \cdot 10^6$, гемоглобин — до 80—60 г/л, цветовой показатель равен единице или приближается к ней. Качественные изменения эритроцитов нерезко выражены. Наблюдается небольшая лейкопения с относительным лимфоцитозом и склонность к тромбоцитопении.

Ранним симптомом заболевания является глоссит. Значительных нарушений функций нервной и сердечно-сосудистой систем не наблюдается.

Больные легкой формой пернициозной анемии обычно сохраняют трудоспособность. Противопоказаны лишь тяжелый физический труд и контакт с кровяными ядами. При противопоказанных условиях может быть установлена III группа инвалидности.

Во время рецидивов заболевания больным предоставляется освобождение от работы по временной нетрудоспособности в среднем на 2 недели с последующим лечением без отрыва от производства.

При пернициозной анемии средней тяжести ремиссии менее длительны (6—8 месяцев). Обострения заболевания сопровождаются снижением числа эритроцитов до $2,5 \cdot 10^6$ — $1,5 \cdot 10^6$ и гемоглобина до 50 г/л, цветовой показатель больше единицы (1,1—1,2). Эритроциты неоднородны, появляются эритробласты, мегалобласты, значительное количество микроцитов и пойкилоцитов. Имеется лейкопения.

Наблюдаются умеренные изменения со стороны нервной системы в виде парестезии, нарушений глубокой чувствительности и снижения коленных рефлексов. Развивающаяся дистрофия миокарда приводит к недостаточности кровообращения I и II стадии, а нарушения функций со стороны желудочно-кишечного тракта проявляются гастрогенными поносами.

Трудоспособность больных пернициозной анемией средней тяжести значительно ограничена. Им противопоказаны виды труда со значительным, в ряде случаев даже умеренным физическим напряжением, а также работа в неблагоприятных метеорологических условиях. В связи с этим нередко возникает необходимость установления III группы инвалидности.

При рецидивах — временная нетрудоспособность сроком на 1 месяц до наступления гематологической ремиссии.

Для тяжелой формы характерно прогрессирующее течение заболевания с кратковременными ремиссиями. Число эритроцитов снижается до 1 млн. и ниже, гемоглобин — до 40—

30 г/л; цветовой показатель достигает 1,5—1,8. Наблюдается большое количество примитивных эритроцитов, имеется выраженная лейкопения.

Характерна картина фуникулярного миелоза: резкая атаксия, затрудняющая передвижение больного, нарушение функции сфинктеров, спастические парапарезы и параличи, а иногда бульварные симптомы. Анемизация приводит к выраженному нарушению кровообращения.

При своевременном, правильном лечении тяжелые формы пернициозной анемии встречаются редко.

Больные тяжелой формой пернициозной анемии полностью утрачивают работоспособность и им устанавливается II группа инвалидности, а в некоторых случаях I группа в связи с нуждаемостью в постоянном постороннем уходе.

Гемолитическая анемия. Различают три степени тяжести. Легкая форма характеризуется нерезкой, но стойкой желтухой, незначительно выраженной анемией и умеренным увеличением селезенки. Гемолитических кризов нет или они возникают редко (с интервалом в несколько лет).

Трудоспособность больных сохранена. Противопоказаны виды труда, связанные с охлаждением и контактом с кровяными ядами. Поэтому, в отдельных случаях, при вынужденном переводе на другую работу со снижением квалификации может быть установлена III группа инвалидности. При гемолитических кризах — временная нетрудоспособность.

При форме средней тяжести наблюдаются более выраженная желтуха, умеренная анемия $3,5 \cdot 10^6$ — $2,5 \cdot 10^6$ эритроцитов), значительная спленомегалия и гемолитические кризы по несколько раз в году со снижением числа эритроцитов до $2,5 \cdot 10^6$ — $1,5 \cdot 10^6$.

Трудоспособность больных снижена. Кроме работ, противопоказанных при легкой форме, они не должны выполнять работы со значительным физическим и нервно-психическим напряжением. При противопоказанных условиях труда устанавливается III группа инвалидности; во время обострения заболевания — временная нетрудоспособность. Гормональная терапия рецидива приводит к ликвидации острых гемолитических явлений и наступлению ремиссии в течение 1—2 недель, что может явиться ориентировочным сроком временной нетрудоспособности.

Для тяжелой формы характерны частые гемолитические кризы с прогрессированием анемии, резкая спленомегалия, истощение больных, нарушение функции печени, сердечно-сосудистой системы и др.

Больные с тяжелой формой гемолитической анемии полностью утрачивают трудоспособность и нуждаются в установлении II группы инвалидности.

ЛЕЙКОЗЫ

Современные методы лечения удлинители течение острого лейкоза. Поэтому в практике врачебно-трудовой экспертизы приходится решать вопрос о трудоспособности при остром лейкозе. Как правило, больные острым лейкозом нетрудоспособны и им устанавливают II и I группы инвалидности.

Для проведения экспертизы трудоспособности больных хроническим миелолейкозом и лимфолейкозом следует учитывать циклический характер течения заболеваний, когда периоды ухудшений клинического состояния и картины крови сменяются ремиссиями. Кроме того, необходимо различать медленно и быстро прогрессирующее течение с продолжительностью жизни от 10 лет и более до 1 года. Продолжительность жизни зависит от рациональной терапии и у больных хроническим лимфолейкозом в общем больше, чем при хроническом миелолейкозе.

В случаях относительно благоприятного течения заболеваний с редкими обострениями и отсутствием выраженной анемии больные длительно сохраняют трудоспособность, но им противопоказаны виды труда, требующие даже умеренного физического и нервно-психического напряжения, в условиях различных профессиональных вредностей, а также в неблагоприятных метеорологических условиях. В связи с резким ограничением круга доступных работ эти больные подлежат отнесению к инвалидам III группы. Только в самом начале болезни и при отсутствии указанных выше рудовых противопоказаний больные полностью сохраняют трудоспособность.

В периоды обострения заболеваний — временная нетрудоспособность, продолжительность которой колеблется в пределах 3—6 недель; при быстро прогрессирующем течении заболевания, с частыми обострениями, выраженной анемией и упадком питания больные нетрудоспособны, нуждаются в установлении II, а иногда I группы инвалидности.

ЭРИТРЕМИЯ

Болезнь неизлечимая, неуклонно прогрессирующая, с периодами обострений и улучшений.

Лечение радиоактивным фосфором улучшило прогноз, болезнь стала более доброкачественной, продолжительность жизни больных значительно увеличилась. У большинства больных в периоде обострения клиническая и гематологическая ремиссия наступает после первого курса лечения радиоактивным фосфором. Курс лечения 2—3 недели, результат

оценивается через 3—4 месяца. Эти сроки могут служить ориентирами для временной нетрудоспособности в периоды обострения.

При экспертизе трудоспособности больных эритремией, кроме периодов обострений и улучшений, во время ремиссий следует учитывать гематологические показатели, состояние сердечно-сосудистой системы и мозгового кровообращения.

Легкая форма заболевания характеризуется увеличением числа эритроцитов до $6 \cdot 10^6$ — $8 \cdot 10^6$, гемоглобина—до 160—180 г/л, лейкоцитов — $9 \cdot 10^3$ — $10 \cdot 10^3$, небольшим тромбоцитозом и нерезким увеличением селезенки.

В большинстве случаев легкой формы эритремии больные сохраняют трудоспособность. Противопоказан тяжелый физический труд, контакт с сосудистыми ядами, работы при ненормальном барометрическом давлении и в условиях воздействия высоких температур. В этих случаях, при необходимости перевода на другую работу, может быть установлена инвалидность III группы.

Форма средней тяжести: эритроцитов — $9 \cdot 10^6$ — $1,2 \cdot 10^6$, гемоглобина—200—230 г/л, лейкоцитов— 10^4 — $1,2^4$, тромбоцитов— $6 \cdot 10^5$. При недостаточности кровообращения I—IIА стадии и нерезких изменениях со стороны нервной системы трудоспособность больных значительно ограничена и им устанавливается III группа инвалидности. Доступны лишь работы с небольшим физическим и нервно-психическим напряжением.

При более значительном нарушении кровообращения и особенно при резком расстройстве мозгового кровообращения, которым характеризуется тяжелая форма эритремии, больные нетрудоспособны, подлежат отнесению к инвалидам II группы, а при нуждаемости в постоянном постороннем уходе — к инвалидам I группы.

ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ

Прогноз неблагоприятный. Современные методы лечения не приводят к ликвидации болезни, а дают возможность получить ремиссию различной продолжительности. Больных следует считать ограниченно трудоспособными даже в стадии ремиссии. Степень ограничения зависит от характера течения процесса и стадии заболевания (см. ниже классификацию лимфогранулематоза).

Острые и подострые формы отличаются быстрым развитием лимфогранулематоза с генерализацией процесса и выраженной анемией, приводящими больных к смерти в течение 1—2 лет. При этих формах лимфогранулематоза больные нетрудоспособны.

Медленно текущая форма: процесс долго остается локализованным, обострения сменяются длительными ремиссиями, продолжительность жизни различная—3—5—8 лет и в некоторых случаях больше.

Классификация лимфогранулематоза

Деление лимфогранулематоза по скорости течения

Острая форма лимфогранулематоза.
Быстро текущая (подострая) форма.
Медленно текущая (хроническая) форма.

Стадии развития заболевания (только при хроническом течении)

Первая стадия — очаговые формы и первично генерализованная форма в стадии компенсации.
Шейная форма.
Надключичная форма.
Подмышечная форма.
Паховая форма.
Мезентериальная форма.
Вторая стадия — генерализации.
Третья стадия — кахектическая.

В первой стадии часто единственным проявлением заболевания является шейный лимфаденит. В течение ряда лет больные могут сохранять трудоспособность. Таким больным противопоказана лишь работа со значительным физическим напряжением, в неблагоприятных метеорологических условиях и в контакте с сосудистым^ ядами. В этих случаях при необходимости перемены профессии со снижением квалификации устанавливается III группа инвалидности. При обострении заболевания — временная нетрудоспособность.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ДИАТЕЗЫ

Наиболее часто встречающейся в экспертной практике формой геморрагического диатеза является тромбоцитопеническая пурпура.

Трудоэкспертные заключения по отношению к больным, страдающим тромбоцитопенической пурпурой, зависят от различных вариантов течения этого заболевания.

При наиболее часто встречающейся скрытой форме геморрагического диатеза, проявляющейся только синяками и кровоподтеками на теле, трудоспособность больных ничем не ограничена, за исключением работ в контакте с сосудистыми ядами. То же относится и к рецидивирующей тромбоцитопении с редкими и короткими (1—2 недели) периодами кровоточивости, сменяющимися ремиссиями, продолжительностью от нескольких месяцев до нескольких лет с полным восстановлением нормального состава крови.

В случаях относительно частых обострений противопоказаны также работы со значительным физическим напряжением.

На период рецидива заболевания больному предоставляется освобождение от работы по временной нетрудоспособности на 1—2 недели до наступления ремиссии.

В экспертной практике наиболее часто встречается рецидивирующая тромбоцитопения с ремиссиями, во время которых не наступает полного восстановления нормального состава крови.

При легкой форме наблюдаются редкие и короткие периоды кровоточивости. В межприступном периоде отмечается незначительное снижение числа тромбоцитов и небольшое удлинение времени кровотечения. Рецидивы заболевания сопровождаются снижением числа тромбоцитов до $8 \cdot 10^4$ — $6 \cdot 10^4$, число эритроцитов падает до $2,5 \cdot 10^6$ — $3 \cdot 10^6$, а гемоглобин— до 80—100 г/л. Время кровотечения может удлиниться до 10 минут.

Больным этой формой заболевания противопоказаны виды труда со значительным физическим напряжением, в контакте с сосудистыми ядами и в условиях высокой температуры. В этих случаях при необходимости перевода на другую работу может устанавливаться III группа инвалидности. В остальных случаях больные трудоспособны и только во время рецидивов заболевания они являются временно нетрудоспособными в течение 1—2 недель.

Форма средней тяжести характеризуется более длительными и частыми периодами кровоточивости (несколько раз в год) с падением числа тромбоцитов до $4 \cdot 10^4$ — $3 \cdot 10^4$ и ниже, эритроцитов—до $1 \cdot 10^6$, гемоглобина—до 60—40 г/л. Во время ремиссий число тромбоцитов хотя и повышается, но остается значительно пониженным, не восстанавливается до нормального уровня и число эритроцитов.

При этой форме тромбоцитопенической пурпуры круг доступных профессий значительно сужается, так как больным противопоказаны работы со значительным и умеренным физическим напряжением, а также со значительным нервнопсихическим напряжением, работа на высоте и в условиях повышенного и пониженного атмосферного давления. В большинстве случаев возникает необходимость в установлении III группы инвалидности.

При тяжелой форме наблюдаются частые и тяжелые кровотечения, приводящие к истощению регенеративной способности костного мозга. Наблюдаются стойкая и выраженная тромбоцитопения, нейтропения, гипохромная анемия и явления выраженной сердечно-сосудистой недостаточности.

Больные тяжелой формой тромбоцитопенической пурпуры нетрудоспособны и им устанавливают II группу инвалидности.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ

Экспертиза трудоспособности при профессиональных заболеваниях системы крови встречает ряд затруднений. Сложность решения этих вопросов, в частности, состоит в том, что в преобладающем большинстве профессиональные этиологические факторы, вызывающие поражение системы крови, обладают политропным действием и могут обусловить одновременное поражение других систем и органов. Нужно учитывать возможность развития патологических синдромов после острых интоксикаций ядами крови, которые в таких случаях должны быть отнесены к профессиональным.

При решении вопросов экспертизы трудоспособности рекомендуется пользоваться классификацией профессиональных заболеваний системы крови, предложенной А. М. Рашевской (табл. 5).

Таблица 5

Классификация профессиональных заболеваний системы крови

Патогенетическая группировка	Основные клинические формы	Этиологические факторы
Заболевания, обусловленные поражением костного мозга (нарушение синтеза гемоглобина, процесс пролиферации клеток)	Хроническая сидеремическая железоахрестическая анемия. Нарушение порфиринового обмена	Свинец
Заболевания, обусловленные токсическим угнетением костного мозга	Гипопластические и апластические состояния	Бензол, ксилол, толуол, ионизирующая радиация и др.
Заболевания, обусловленные изменением пигмента крови	Метгемоглобинемия	Амидо- и нитросоединения бензола: анилин, нитробензол, динитробензол, тринитротолуол, нитрилатрия и др.
	Карбоксигемоглобинемия	Окись углерода
Заболевания, обусловленные гемолитическим действием	Острые анемии, обусловленные внутрисосудистым гемолизом. Острые и хронические анемии, обусловленные внутриклеточным гемолизом (вторичный гемолиз)	Мышьяковистый водород, фенил-гидразин и др. Метгемоглобинообразователи, свинец

Хроническая интоксикация свинцом. Изменения со стороны крови являются наиболее ранним и частым синдромом хронического воздействия свинца и обычно предшествуют изменениям других органов и систем.

При хронической интоксикации свинцом увеличивается количество ретикулоцитов и эритроцитов с базофильной зернистостью, нарушается синтез гемоглобина и развивается хроническая сидеремическая железоахрестическая анемия. Характерно нарушение порфиринового обмена, функций нервной системы и других органов и систем.

Вопросы экспертизы трудоспособности решаются применительно к форме интоксикации и выраженности клинических синдромов.

В случаях носительства свинца (обнаружение свинца в моче, наличие каймы при отсутствии симптомов интоксикации) трудоспособность сохранена, необходимо динамическое врачебное наблюдение.

При легкой форме интоксикации, характеризующейся легкообратимыми гематологическими сдвигами (ретикулоцитоз—20—30%, увеличение количества эритроцитов с базофильной зернистостью до 1—5 в поле зрения, без заметного снижения количества гемоглобина), астеиовегетативным синдромом, копропорфирурией, показаны амбулаторное лечение и временный перевод на работу вне контакта со свинцом и другими токсическими веществами по профессиональному больничному листу. При исчезновении указанных гематологических сдвигов и отсутствии изменений со стороны нервной системы допустимо возвращение на прежнюю работу при условии тщательного динамического наблюдения. При повторных легких интоксикациях — постоянный перевод на другую работу, а если это связано со снижением квалификации, то временно, на период переквалификации, можно установить профессиональную III группу инвалидности.

При интоксикации средней тяжести, для которой характерны ретикулоцитоз 30—40% и выше, увеличение количества эритроцитов с базофильной зернистостью, а также анемия с количеством гемоглобина от 100 до 80 г/л, нерезко выраженная свинцовая колика, токсический гепатит, астено-вегетативный синдром и чувствительная форма полиневритов, большие временно нетрудоспособны и подлежат лечению в стационаре.

Следует учесть, что трудоспособность у больных может быть сниженной в течение 6—12 месяцев, а иногда и более. Такие лица в дальнейшем подлежат переводу на работу вне контакта со свинцом. При снижении квалификации необходимо направление во ВТЭК. Возвращение на прежнюю работу допустимо только при полном восстановлении нормального состава крови и отсутствии других симптомов свинцовой интоксикации.

При тяжелой форме интоксикации наблюдаются анемия с количеством гемоглобина меньше 80 г/л, выраженная свинцо-

вая колика, энцефалопатия и периферические «свинцовые» параличи. Трудоспособность стойко снижена или даже утрачена. Больные после длительного стационарного лечения направляются во ВТЭК для установления соответствующей группы профессиональной инвалидности.

Хроническая интоксикация бензолом и его гомологами. В клинике профессиональных заболеваний бензол и его гомологи (ксилол, толуол и др.) известны как кровяные яды, вызывающие токсическое угнетение костного мозга с развитием гипо- и апластического состояния кроветворения.

При начальных формах хронической интоксикации с количеством лейкоцитов не ниже $4 \cdot 10^9 - 3,8 \cdot 10^8$ в 1 мкл и при отсутствии других сопутствующих синдромов трудоспособность сохранена. Однако дальнейший контакт с бензолом и его гомологами временно противопоказан. Необходим обязательный временный перевод на работу вне контакта с данными вредными агентами с предоставлением трудового больничного листа. В дальнейшем, при отсутствии гематологических изменений и хорошем общем состоянии, можно приступить к выполнению прежней работы при условии тщательного динамического наблюдения.

При повторении легкой степени интоксикации — постоянное прекращение контакта с токсическими факторами.

Трудоспособность больных со средней степенью интоксикации, проявляющейся лейкопенией ($3 \cdot 10^3 - 2 \cdot 10^3$ в 1 мкл), тромбоцитопенией ($1,2 \cdot 10^4 - 8 \cdot 10^4$ в 1 мкл), выраженным астено-вегетативным синдромом и геморрагическими явлениями, ограничена. После длительного соответствующего лечения, даже если оно приводит к полной нормализации крови и восстановлению общей трудоспособности, обязательен перевод на работу, не связанную с воздействием токсических веществ. Эти ограничения суживают круг доступных работ, и если в связи с этим возникает снижение квалификации, то возникает необходимость направления таких лиц во ВТЭК.

При более стойком характере патологических изменений наблюдается длительное снижение трудоспособности и устанавливается группа профессиональной инвалидности с учетом выраженности остаточных явлений, а также степени потери квалификации.

Тяжелые формы интоксикации характеризуются стойким поражением всех исходных элементов кроветворения, а в выраженных случаях — полной аплазией.

В этой стадии больные полностью утрачивают трудоспособность, а в ряде случаев нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Экспертиза трудоспособности при заболеваниях, обусловленных изменением пигмента крови — гемоглобина. Такие

заболевания **наблюдаются при остром воздействии Ыбгшг глобинообразователей (нитросоединения бензола) и карбонсегмоглобинообразователя (оксида углерода).**

Так как это острые интоксикации, вопросы экспертизы трудоспособности должны решаться под углом зрения временной ее утраты.

В легких случаях острых интоксикаций, когда количество образовавшегося метгемоглобина или карбоксигемоглобина незначительно и не сопровождается развитием выраженных и стойких изменений со стороны других систем и органов, временная нетрудоспособность ограничивается 3—5 днями. При полном обратном развитии процесса больной может возвратиться к прежней работе.

Для форм средней тяжести характерно 60—80 г/л метгемоглобина или карбоксигемоглобина и временная нетрудоспособность колеблется в пределах 10—15 или 15—20 дней соответственно острой интоксикации нитросоединениями бензола или оксида углерода.

При наличии остаточных изменений проводится лечение до полного восстановления трудоспособности и в связи с этим сроки временной нетрудоспособности удлиняются.

Рекомендуется пользоваться трудовым больничным листом с временным переводом на работу вне контакта с токсическими веществами сроком до двух месяцев.

При полной ликвидации патологических явлений и хорошем общем состоянии пострадавшие могут продолжать свою работу.

Тяжелые формы характеризуются образованием большого количества метгемоглобина или карбоксигемоглобина (100 г/л и более), что ведет к развитию артериальной гипоксемии (содержание кислорода в артериальной крови падает до 8 об.% и ниже). Клинически — кома.

Своевременное и правильно проводимое лечение у большинства больных вызывает регрессию заболевания и медленное восстановление трудоспособности. Сроки временной нетрудоспособности — 1/2—2 месяца и более.

При наличии остаточных явлений со стороны нервной, сердечно-сосудистой систем, печени противопоказана работа с токсическими веществами и это служит основанием для направления больных во ВТЭК.

Нередко остаточные явления острых интоксикаций нитросоединениями бензола и оксидом углерода ведут к снижению или полной утрате трудоспособности. В зависимости от выраженности и стойкости остаточных патологических явлений устанавливается соответствующая группа профессиональной инвалидности.

Острые гемолитические анемии токсико-химической этиологии. К профессиональным факторам, вызывающим острый

внутрисосудистый гемолиз, относятся мышьяковистый водород, фенилгидразин и др.

При легких острых интоксикациях, характеризующихся умеренными, легко обратимыми гематологическими сдвигами без наличия сопутствующих поражений других органов и систем, продолжительность временной нетрудоспособности исчисляется обычно 7—10 днями. При полном обратном развитии патологических явлений можно разрешить возвращение к прежней работе.

При более тяжелых формах интоксикации, сопровождающихся выраженными явлениями гемолиза и содружественным токсическим поражением печени, почек, сердечно-сосудистой и нервной систем, утрата трудоспособности длится обычно 4—6 недель, а иногда и больше. Нередко при тяжелых формах интоксикации продолжительность восстановительного периода исчисляется 2—3 месяцами. Целесообразно в этом периоде пребывание в санатории или доме отдыха. До возвращения на прежнюю работу рекомендуется временный перевод на работу вне контакта с токсическими веществами по трудовому больничному листу. При полном обратном развитии процесса можно оставлять на прежней работе. При остаточных явлениях, ограничивающих трудоспособность, больному устанавливается инвалидность по профессиональной причине. Весьма часто наблюдающееся обратное развитие процесса при правильном и упорном лечении, даже в случаях тяжелой интоксикации, приводит лишь к временному пенсионированию больных.

Значительно реже в клинике профессиональных болезней, а следовательно, и в экспертно-трудовой практике, наблюдаются хронические гемолитические анемии, обусловленные длительным воздействием субтоксических доз метгемоглобинообразователей.

В большинстве случаев патологический процесс обратим и трудоспособность восстанавливается. Однако продолжение работы с токсическими веществами является противопоказанным.

Г л а в а X V

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ДИЭНЦЕФАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Диэнцефальный синдром — название не точное. Когда говорят о патологии диэнцефальной области, обычно подразумевают гипоталамус и гипофиз (гипофизарно-гипоталамическая область).

Большое значение имеют особенности строения и ранимость гипоталамуса. Он тесно связан с гипофизом, стволom, корой головного мозга и т. д. Гипоталамус участвует в регуляции жирового, минерального, водного обмена, температуры, сосудистого тонуса, функции эндокринных желез, голода и жажды и т. д.

В этиологии диэнцефальных нарушений играют роль следующие моменты: инфекции (грипп, ангина, эпидемический энцефалит, ревматизм и др.); травмы черепа, токсоплазмоз, патология периферической вегетативной нервной системы, шейный остеохондроз, беременность и роды, опухоли головного мозга, при которых наблюдается прогрессивное течение.

В патогенезе диэнцефальных расстройств, наряду с патологией со стороны гипоталамуса и гипофиза, играют значение изменениям в лобной доле, ретикулярной формации и других неспецифических структурах головного мозга.

Для диагностики диэнцефального синдрома, уточнения его формы необходимо проводить вегетативные пробы и тесты: измерять кожную температуру, делать амидопириновую, инеулиновую, адреналиновую пробы, исследовать сахар крови и сахарную кривую, основной обмен, снимать электроэнцефалограмму, консультироваться с психиатром и т. д.

В клинической картине диэнцефального синдрома большое место занимают боли в области сердца, снижение или повышение артериального давления, игра вазомоторов. При этом боли в области сердца могут сопровождаться обширной иррадиацией. Отмечаются тахикардия, экстрасистолия, повышение температуры тела, потоотделение. Все это может возникать в виде приступов (диэнцефальные кризы) длительностью в несколько часов. В конце криза часто бывает обильное выделение светлой мочи.

Г л а в а XVI

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Имеют место эндокринно-обменные расстройства с нарушениями углеводного, минерального, водного обмена, могут возникать гипер- или гипотиреоз, сахарный диабет, нарушения со стороны надпочечников. Могут быть трофические расстройства: кератиты, плешивость, полная алопеция, выпадение зубов. Иногда возникает глаукома.

Отмечаются двигательные расстройства, адинамия, миастения, миаплегия, связанные с патологией ретикулярной формации. При нарушениях со стороны ствола мозга появляется поражение черепно-мозговых нервов. Бывают нарушения сна и бодрствования, например, нарколепсия — засыпание в любое время дня, в любой обстановке. Для этого синдрома характерна катаплексия: внезапная потеря тонуса мышц, когда больной вдруг падает, чаще после эмоций, например, радости. Бывает при этом свешивание головы (парциальная катаплексия). Отмечаются гипногигические состояния: галлюцинации перед сном, во время засыпания и др. Бывают приступы спячки, из которой больного невозможно вывести.

Чаще имеется сочетание этих нарушений, но можно выделить преобладающую форму.

Выделяют следующие формы диэнцефального синдрома: 1) нейро-эндокринную; 2) нервно-мышечную; 3) вегетативно-сосудистую; 4) диэнцефальную эпилепсию; 5) нейротрофическую; 6) нарушение сна и бодрствования; 7) астено-ипохондрическую.

Нередко при диэнцефальном синдроме устанавливают ошибочный диагноз кардио-тонзиллярного синдрома, порока сердца, гипертонической болезни, субфебрилитета неясной этиологии, тиреотоксикоза, сахарного диабета и т.ч. и т.п.

Экспертиза трудоспособности при диэнцефальном синдроме очень сложна. Следует учитывать выраженность диэнцефальных расстройств, тяжесть кризов, наличие в анамнезе травм черепа и др. Противопоказаны работы, связанные с тяжелой физической и нервно-психической нагрузкой, постоянным воздействием шума, длительным вынужденным положением тела, пребыванием на высоте, в жарком, душном помещении, профессии шофера, повара, электрика.

При легких диэнцефальных кризах больничный лист не выдается, при более тяжелых кризах больные временно нетрудоспособны в течение 3—4, 7—10 дней.

Если диэнцефальный синдром значительно выражен, сопровождается частыми кризами или приступами диэнцефальной эпилепсии, а амбулаторное или стационарное лечение не дает эффекта, то больные частично или полностью нетрудоспособны, им устанавливают III или II группу инвалидности.

В список профессиональных заболеваний, утвержденный Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС в 1970 г., входит лучевая болезнь.

Острая лучевая болезнь в производственных условиях может возникнуть в аварийной ситуации при эксплуатации атомных реакторов, ускорителей и пр. В этих случаях причиной развития острой лучевой болезни является одномоментное внешнее облучение всего тела или значительной его части (особенно живота и грудной клетки) дозой ионизирующего излучения свыше 100 Р.

Острая лучевая болезнь относится к заболеваниям с острым развитием и затяжным течением. Поэтому клинический прогноз с самого начала заболевания является неясным. В остром периоде больные временно нетрудоспособны. В дальнейшем, если, несмотря на затяжное течение, восстановление нарушенных функций прогрессивно нарастает и прогноз трудоспособности благоприятный, листок нетрудоспособности выдается до тех пор, когда больной без вреда для здоровья может вернуться на свою работу. В тех случаях, когда, несмотря на проведение всех необходимых лечебных мероприятий, клинический и трудовой прогноз остаются неблагоприятными и дальнейшее продолжение больничного листа становится нецелесообразным, так как нарушение трудоспособности принимает стойкий характер, больные должны быть направлены на ВТЭК. Там решается вопрос о группе инвалидности по причине трудового увечья.

Хроническая лучевая болезнь как профессиональное заболевание может возникнуть при получении и применении источников ионизирующих излучений. Основными видами работ, связанных с источниками ионизирующих излучений, являются гамма-дефектоскопия металлов и их изделий, применение изотопов в качестве контроля за некоторыми производственными процессами, применение радиоактивных веществ и излучателей в медицине с диагностической и лечебной целью и т.д.

Для проведения врачебно-трудовой экспертизы следует различать три стадии хронической лучевой болезни:

I стадия: лейкопения — $4,5 \cdot 10^3$ — $3,5 \cdot 10^3$, тромбоцитопения— $1,8 \cdot 10^5$ — $1,6 \cdot 10^5$, умеренная вегетативная дистония. Характерна нестабильность патологических изменений;

II стадия: стойкая лейкопения — $3,5 \cdot 10^3$ — $2,5 \cdot 10^3$, тромбоцитопения — $1,2 \cdot 10^3$ — $1 \cdot 10^5$ умеренная анемия — $3 \cdot 10^6$ — $2,5 \cdot 10^6$. Выраженный астенический синдром, нередко дизцефальный синдром при выраженных нарушениях со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта со снижением питания больных. Иногда при наличии гематологического синдрома отсутствуют выраженные изменения со стороны нервной системы и внутренних органов;

III стадия: лейкопения— $1,5 \cdot 10^3$ — 10^3 и менее, тромбоцитопения — до $3,0 \cdot 10^4$, гиперхромная анемия с числом эритроцитов до $1,5 \cdot 10^6$ и гемоглобином до 50 г/л. Тяжелые органические поражения центральной нервной системы, геморрагический диатез и присоединение инфекций септического характера.

При экспертизе трудоспособности больных хронической лучевой болезнью исходят из того, что уже в начальной стадии заболевания необходимо временное прерывание контакта с источниками ионизирующего излучения. Согласно приказу министра здравоохранения СССР № 203 М от 1955 г. продолжительность такого временного отстранения от работ с источниками ионизирующей радиации может достигать до 6 месяцев. В этот период времени больные проходят лечение амбулаторное и курортно-санаторное. Больные I стадии хронической лучевой болезни ограниченно трудоспособны и им показаны работы умеренного физического и интеллектуального труда вне контакта с ионизирующей радиацией. В связи с этим некоторый контингент больных, продолжая амбулаторное лечение, временно (до 6 месяцев) может быть переведен на другую работу, с показанными условиями труда и сохранением среднего заработка.

Возвращение на работу с источниками ионизирующих излучений возможно только при полном выздоровлении и при улучшении условий труда.

Если нарушение трудоспособности приобретает длительный или стойкий характер, то тогда практикуется постоянный перевод на другую работу. Так как это чаще всего приводит к снижению квалификации, то ВТЭК устанавливает III группу профессиональной инвалидности, временно до переквалификации, если она -возможна.

Во II стадии хронической лучевой болезни трудоспособность больных значительно ограничена, им показаны только работы легкого физического и интеллектуального труда. В связи с этим большинству больных ВТЭК устанавливает III группу инвалидности. Но некоторые больные нетрудоспособны и подлежат отнесению к инвалидам II группы.

При III стадии хронической лучевой болезни всем больным устанавливается II группа инвалидности, а некоторым — I группа, так как они нуждаются в постоянном уходе.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6	3
Глава I. Методические основы определения трудоспособности	7	
Глава II. Экспертиза временной нетрудоспособности	10	
Определение временной нетрудоспособности.	10	
Виды временной нетрудоспособности.	11	
Организация экспертизы трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях.	11	
Глава III. Порядок и правила выдачи листков нетрудоспособности	16	
Право на получение и выдачу больничного листа	17	
Заполнение больничного листа.	18	
Длительность больничного листа.	18	
Особенности выдачи больничных листов при различных видах временной нетрудоспособности.	24	
Пособия по больничным листам	28	
Справки временной нетрудоспособности	29	
Глава IV. Экспертиза постоянной и длительной потери трудоспособности.	31	
Общее понятие об инвалидности.	31	
Формы документов ВТЭК.	32	
Критерии определения групп инвалидности	38	
Глава V. Определение причин инвалидности.	44	
Инвалидность от общего заболевания.	44	
Инвалидность в связи с профессиональным заболеванием	45	
Инвалидность от трудового увечья	46	
Инвалидность с детства	47	
Инвалидность у бывших военнослужащих	48	
Изменение причины инвалидности и сроки переосвидетельствования.	49	
Глава VI. Организационные основы и задачи ВТЭК	52	
Глава VII. Врачебно-трудовая экспертиза при болезнях системы кровообращения.	55	
Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии	55	
Гипотоническая болезнь (нейро-циркуляторная гипотония)	63	
Ишемическая болезнь сердца.	65	
Ревматизм и ревматические пороки сердца.	74	
Митральная комиссуротомия.	79	
Врожденные пороки сердца	80	
Миокардиодистрофия.	81	
Хронический сдавливающий перикардит	82	
Задачи и пути реабилитации больных с болезнями системы кровообращения.	83	
Глава VIII. Врачебно-трудовая экспертиза при болезнях системы дыхания.	87	
Хронический бронхит.	87	
Острые пневмонии.	91	
Хроническая пневмония и пневмосклероз	92	

Бронхоэктатическая болезнь	96
Эмфизема легких	^
Бронхиальная астма	{«2
Абсцесс легкого	0B
Плевриты	» y7
Рак легкого	*»
Резекция легкого и пневмонэктомия	• 1
Пневмокониозы	! 114
Глава IX. Врачебно-трудовая экспертиза при болезнях почек	118
Острый диффузный гломерулонефрит	119
Хронический диффузный гломерулонефрит	119
Липоидный нефроз	• 21
Амилоидный нефроз	121
Трудоспособность и трудоустройство при единственной почке	122
Глава X. Врачебно-трудовая экспертиза при болезнях системы пищеварения	* г 126
Хронический гастрит	126
Язвенная болезнь	130
Рак желудка	136
Хронический энтероколит	138
Глава XI. Врачебно-трудовая экспертиза при болезнях печени, желчных путей и поджелудочной железы	140
Хронические гепатиты и циррозы печени	140
Хронический холецистит	144
Хронический панкреатит	146
Рак поджелудочной железы	147
Глава XII. Врачебно-трудовая экспертиза при инфекционном не- специфическом (эволютивном) полиартрите	148
Глава XIII. Врачебно-трудовая экспертиза при некоторых болез- нях эндокринной системы	152
Сахарный диабет	152
Тиреотоксикоз	155
Глава XIV. Врачебно-трудовая экспертиза при некоторых болез- нях системы крови	158
Анемии I	! • 158
Лейкозы	: : 162
Эритремия;	5 г 162
Лимфогранулематоз	163
Геморрагические диатезы	«64
Профессиональные заболевания системы крови	166
Глава XV. Врачебно-трудовая экспертиза при дизэнцефальном синдроме	* 8 171
Глава XVI. Врачебно-трудовая экспертиза при лучевой болезни	173

НОВИКОВ АНАТОЛИЙ АНДРЕЕВИЧ, САВЕЛЬЕВ ИГОРЬ АЛЕКСАНДРОВИЧ

Учебное пособие по врачебно-трудовой экспертизе

Редактор Л. С. Залкина

Художественный редактор Л. С. Бирюкова. Техн. редактор Н. С. Кузьмина.
Корректор О. А. Лосой. Переплет художника Л. С. Бирюковой

Сдано в наСюр 29/X 1974 г. Подписано к печати 21/11 1975 г. Формат бумаги
60X90/и. Печ. л. 11,0 (условных 11,0 л.) 10,85 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2.
Тираж 75000 экз. Т-00990. МУ-14.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Типография «М; Смирнова Смоленского облуправления издательств, полиграфии
и иинжной торговли, г. Смоленск пр. им. Ю. Гагарина, 2,
Заказ № 2021. Цена 59 коп.