

СПРАВОЧНИК  
ДОКУМЕНТОВ  
по ВТЭ  
и трудоустройству  
инвалидов

МЕДИЦИНА

---

1981

ББК 41.1

УДК 616-036.865 (035)

Справочник документов по ВТЭ и трудоустройству инвалидов/Под ред. П. А. Маккавейского. — Л.: Медицина, 1981. — 576 с.

Справочник составлен сотрудниками Ленинградского института усовершенствования врачей-экспертов. В нем в систематизированном виде излагаются основные действующие законодательные и методические материалы по врачебно-трудовой экспертизе и трудовому устройству инвалидов. Представлены законодательные положения в области социального обеспечения, освещены общие законодательные и методические вопросы организации и осуществления экспертизы временной и постоянной или длительной утраты трудоспособности, определения трудовых рекомендаций больным и инвалидам, других аспектов трудоустройства инвалидов, в частности правового регулирования их труда, а также бытового устройства инвалидов.

Рассмотрены вопросы экспертизы трудоспособности при всех основных инвалидизирующих формах внутренних, хирургических, нервных, психических, глазных болезней, при туберкулезе и профессиональной патологии.

При написании Справочника авторы в основном руководствовались медицинской классификацией болезней IX пересмотра (Женева, 1980), в необходимых случаях приведены старые названия соответствующих нозологических форм.

Справочник предназначается как краткое пособие для врачей ВТЭК, заместителей главных врачей по экспертизе трудоспособности и врачей лечебно-профилактических учреждений. Он может быть полезен для преподавателей и обучающихся в медицинских институтах и институтах усовершенствования врачей, а также для работников отделов социального обеспечения и здравоохранения.

Содержит 10 таблиц, библиография — 286 наименований.

Рецензенты: сотрудники Ленинградского института экспертизы трудоспособности инвалидов.

С  $\frac{50104-059}{039(01)-81}$  223-81.4101000000

© Издательство «Медицина»,  
Москва, 1981 г.

## ВВЕДЕНИЕ

В Программе КПСС указывается, что главной экономической задачей партии и советского народа является создание материально-технической базы коммунизма. Для этого потребуются полная электрификация страны и совершенствование на этой основе техники, технологии и организации общественного производства во всех отраслях народного хозяйства; комплексная механизация и автоматизация производственных процессов; применение новых видов энергии и материалов; органическое соединение науки с производством и быстрые темпы научно-технического прогресса; всестороннее и рациональное использование природных, материальных и трудовых ресурсов.

Исходя из задач, поставленных Программой КПСС, XXVI съезд КПСС определил стратегию и тактику коммунистического строительства на современном этапе нашей истории. В области экономики предусматриваются интенсивный рост общественного производства, повышение эффективности и качества всей хозяйственной деятельности.

На XI пятилетку и 80-е годы в целом Коммунистическая партия выдвинула широкую программу дальнейшего подъема благосостояния народа, охватывающую все стороны жизни советских людей. Важная роль в этой программе отводится и мероприятиям по социальному обеспечению. Решениями XXVI съезда КПСС предусмотрено, в частности, повысить минимальный размер пенсий по возрасту и инвалидности рабочим, служащим и членам колхозов, усилить государственную помощь семьям, имеющим детей, распространить на колхозников систему социального обеспечения, установленную для рабочих и служащих, расширить сеть домов-интернатов для престарелых и инвалидов и улучшить уровень обслуживания в них и ряд других мероприятий.

Нечего сомневаться в том, что все предначертания XXVI съезда КПСС будут выполнены. Генеральный секретарь ЦК КПСС Л. И. Брежнев сказал: «Конкретная забота о конкретном человеке, его нуждах и потребностях — начало и конечный пункт экономической политики партии»<sup>1</sup>.

Ярким свидетельством успешного решения задач, поставленных XXVI съездом КПСС в области социального обеспечения, является то, что менее чем через 2 мес после окончания съезда вышли в свет постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей» и «О мерах по дальнейшему улучшению социального обеспечения населения»<sup>2</sup>.

В первом постановлении отмечено, что Коммунистическая партия и Советское государство рассматривают помощь семьям в воспитании детей как важное направление социальной программы развития нашего общества. Постановлением предусмотрено:

— введение поэтапно по районам страны, начиная с 1981 г., для работающих матерей, имеющих общий трудовой стаж не менее 1 года, а также женщин, обучающихся с отрывом от производства,

<sup>1</sup> Брежнев Л. И. Отчетный доклад Центрального Комитета КПСС XXVI съезду Коммунистической партии Советского Союза и очередные задачи партии в области внутренней и внешней политики. М., 1981, с. 66.

<sup>2</sup> СП СССР, 1981, № 13, ст. 75 и ст. 76.

частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 1 года;

— предоставление работающим женщинам одновременно с введением указанного отпуска права на получение дополнительного отпуска без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста  $1\frac{1}{2}$  лет, а в дальнейшем и 2 лет, с сохранением непрерывного трудового стажа и стажа работы по специальности;

— всемерное развитие сети детских садов, яслей, школ и групп с продленным днем, пионерских лагерей и других детских учреждений;

— улучшение обеспечения детских учреждений квалифицированными кадрами;

— повышение в XI пятилетке нормы расходов на питание в дошкольных учреждениях в среднем на 10—15%, а также освобождение от платы за содержание детей в яслях, детских садах и школах-интернатах семей, в которых средний совокупный доход на члена семьи не превышает 60 р. в месяц;

— предоставление, начиная с 1981 г., работающим женщинам, имеющим 2 и более детей в возрасте до 12 лет: дополнительного трехдневного оплачиваемого отпуска; первоочередного права на получение ежегодного отпуска в летнее или другое удобное для них время; право на дополнительный отпуск по уходу за детьми без сохранения заработной платы продолжительностью до 2 нед;

— увеличение в XI пятилетке продолжительности оплачиваемого периода по уходу за больным ребенком до 14 дней с оплатой дополнительных по сравнению с действующим законодательством дней в размере 50% заработка;

— введение в XI пятилетке выплаты государственного единовременного пособия работающим или обучающимся с отрывом от производства матерям в размере 50 р. при рождении первого ребенка и 100 р. при рождении второго и третьего ребенка, с сохранением действующих размеров пособия при рождении четвертого и последующих детей;

— повышение в 1981 г. размера государственного пособия одиноким матерям до 20 р. в месяц на ребенка с выплатой его до достижения ребенком возраста 16 лет (учащимся, не получающим стипендии, — 18 лет);

— установление уже в 1981 г. дополнительных льгот при назначении пенсии по возрасту при неполном стаже работы женщинам, воспитавшим 5 и более детей либо ребенка — инвалида с детства;

— осуществление системы мер в интересах охраны и укрепления здоровья беременных женщин и детей и ряда других важных мероприятий.

В постановлении «О мерах по дальнейшему улучшению социального обеспечения населения» отмечается, что в результате глубоких социально-экономических преобразований в нашей стране создана и постоянно совершенствуется государственная система социального обеспечения, позволяющая реализовать права советских граждан на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, а также потери кормильца.

В целях улучшения системы социального обеспечения предусмотрено повысить в 1981 г. минимальный размер пенсии по возрасту рабочим и служащим до 50 р. в месяц, а также увеличить минимальные размеры пенсий по инвалидности и по случаю потери кормильца. Членам колхозов минимальный размер пенсии по возрасту



увеличивается до 40 р. в месяц при одновременном повышении минимальных размеров пенсий по инвалидности и по случаю потери кормильца.

В XI пятилетке будут повышаться размеры ранее назначенных пенсий пенсионерам из числа рабочих и служащих, вышедших на пенсию более 10 лет назад, имея в виду приблизить их пенсии к уровню пенсий, назначаемых в настоящее время работникам аналогичной квалификации. Намечено осуществить мероприятия по дальнейшему улучшению условий жизни участников Великой Отечественной войны.

Усиливается внимание к запросам и нуждам ветеранов войны и труда, нетрудоспособных граждан, контроль за неукоснительностью предоставления им льгот и преимуществ, установленных законодательством.

Обеспечивается существенное расширение сети домов-интернатов для престарелых и инвалидов, повышение уровня их благоустройства и социально-бытового обслуживания, увеличение нормы расхода на питание, медикаменты и другие нужды в среднем на 20—25%. Будут осуществлены меры по расширению возможностей для участия пенсионеров в общественном производстве, включая работу на условиях неполного рабочего времени и на дому.

Необходимость более полного использования возможностей широкого участия пенсионеров и инвалидов в общественном труде воплощена в постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 11 сентября 1979 г., № 850 «О мероприятиях по материальному стимулированию работы пенсионеров в народном хозяйстве». Выполнению указаний партии и правительства способствуют принятые меры по улучшению производственного обучения инвалидов, дальнейшему развитию протезно-ортопедических восстановительных центров для инвалидов, расширению производства и повышению качества индивидуальных средств передвижения и протезно-ортопедических изделий. К настоящему моменту в РСФСР работают 30,4% пенсионеров по возрасту и 85,1% инвалидов III группы, что значительно больше, чем в первом году десятой пятилетки<sup>1</sup>.

Считая заботу о здоровье советских людей важнейшей задачей, ЦК КПСС и Совет Министров СССР наметили конкретные мероприятия по дальнейшему улучшению здравоохранения<sup>2</sup>.

Министерству здравоохранения СССР, Совету Министров союзных республик, министерствам и ведомствам, общественным организациям вменяется в обязанность осуществлять комплексную программу мер по дальнейшему улучшению охраны народного здоровья. От названных государственных и хозяйственных органов требуется сосредоточить внимание на совершенствовании организации работы учреждений здравоохранения, профилактике заболеваний и предупреждении травматизма. Министерству здравоохранения СССР предложено усилить государственный санитарный надзор за соблюдением предприятиями, учреждениями, организациями и гражданами санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических норм и правил.

<sup>1</sup> Комарова Д. Одиннадцатая пятилетка: наши задачи и перспективы. Соц. обеспечение, 1981, № 6, с. 3.

<sup>2</sup> О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения. Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР, 22 сентября 1977 г. — Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам (1977—1979 гг.). Сборник документов. Т. 12. М., 1979, с. 115—122.

В числе мероприятий по улучшению народного здравоохранения следует отметить необходимость широкого применения в поликлиниках и амбулаториях методик восстановительного лечения и организации для этой цели в крупных поликлиниках соответствующих отделений. В постановлении большое внимание уделяется вопросу организации работы по улучшению лечения больных сердечно-сосудистыми, нервными и другими заболеваниями. В частности, увеличивается количество санаторных путевок для долечивания больных, перенесших инфаркт миокарда. На время пребывания в санатории этим больным выдаются больничные листки.

Предоставляются дополнительные льготы участковым и сельским врачам, врачам скорой и неотложной медицинской помощи. Учреждено почетное звание «Народный врач СССР».

В результате проводимых Советским государством мероприятий по улучшению условий труда, применения в производстве новейших достижений науки, совершенствования техники безопасности, внедрения санитарно-гигиенических методов оздоровления трудовых процессов из года в год сокращается число профзаболеваний и случаев травматизма<sup>1</sup>. Инвалидность за последние 10 лет сократилась на 40%<sup>2</sup>.

Важнейшим мероприятием по дальнейшему улучшению социального обеспечения и снижению инвалидности среди колхозников является постановление Совета Министров РСФСР от 8 июня 1981 г. № 305 «Об образовании Российского республиканского Совета социального обеспечения колхозников»<sup>3</sup>. Достижения советского народа создали возможность для более широкого привлечения в народное хозяйство страны лиц с пониженной трудоспособностью — пенсионеров по старости и инвалидов — на работы, доступные им по состоянию здоровья, и тем самым улучшить их материальное благополучие и удовлетворить их привычную потребность в труде без ущерба для здоровья. Так, например, в настоящее время число работающих пенсионеров по возрасту в СССР составляет более 7,5 млн. человек<sup>4</sup>. Эта категория граждан может служить в настоящее время дополнительным источником пополнения кадров, особенно на предприятиях, связанных с производством товаров народного потребления, а также в торговле и сфере бытового обслуживания населения.

Привлечение к труду лиц с нарушенной трудоспособностью в СССР содействуют юридические гарантии и льготы. Советское государство с первых же дней своего существования ставило перед органами здравоохранения и социального обеспечения задачи восстановления нарушенной трудоспособности рабочих и служащих и возвращения их к трудовой деятельности<sup>5</sup>. Этим вопросам посвящены многие современные правовые акты, среди которых: «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (Ведомости Верховного Совета СССР, 1969, № 52, ст. 466); «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о труде» (Ведомости Верховного Совета СССР, 1970, № 29, ст. 265); кодексы

<sup>1</sup> Материалы XVI съезда профессиональных союзов СССР. М., 1977, с. 60.

<sup>2</sup> Кравченко М. Насущные проблемы профилактики инвалидности. — Соц. обеспечение, 1980, № 2, с. 3.

<sup>3</sup> СП РСФСР 1981, № 17, ст. 117.

<sup>4</sup> Население СССР по данным Всесоюзной переписи населения 1979 г. М., 1980, с. 31.

<sup>5</sup> Захаров М. Л. Ленинские декреты о социальном обеспечении. М., 1972.

законов о труде союзных республик, «Положение о правах фабричного, заводского, местного комитета профессионального союза» (Ведомости Верховного Совета СССР, 1971, № 39, ст. 382); «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы» — постановление Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299 (СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34); «О мерах по расширению использования на предприятиях по производству товаров народного потребления и в сфере обслуживания населения труда пенсионеров, инвалидов и лиц, занятых в домашнем хозяйстве» — постановление Совета Министров СССР от 28 августа 1969 г. № 705 (СП СССР, 1969, № 23, ст. 132); «О мерах по дальнейшему улучшению использования труда пенсионеров по старости и инвалидов в народном хозяйстве и связанных с этим дополнительных льгот» — постановление Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674 (СП СССР, 1973, № 21, ст. 116).

Социально-экономические мероприятия, предусмотренные Программой и решениями съездов КПСС, закреплены в Основном Законе СССР — Конституции. В Конституции развитого социализма дана стройная система социально-экономических прав и обязанностей граждан. Прежде всего, это право на труд, право на выбор профессии, рода занятий и работы в соответствии с призванием, способностями, профессиональной подготовкой, образованием и с учетом общественных потребностей. Это право гарантируется социалистической системой хозяйства, неуклонным ростом производительных сил, бесплатным профессиональным обучением, повышением трудовой квалификации и обучением новым специальностям, развитием системы профессиональной ориентации и трудоустройства (Конституция СССР, ст. 40).

Содержание ст. 40 Конституции является правовым основанием для вынесения ВТЭК решения о реальных путях восстановления трудоспособности инвалида.

Граждане СССР имеют право на отдых (ст. 41). Это право обеспечивается установлением для рабочих и служащих рабочей недели, не превышающей 41 ч, сокращенным рабочим днем для ряда профессий и производств, сокращенной продолжительностью работы в ночное время; предоставлением ежегодных оплачиваемых отпусков, дней еженедельного отдыха и созданием благоприятных возможностей для отдыха. Эта статья Конституции и дополняющие ее другие нормативно-правовые акты дают основание для формирования решения ВТЭК о трудовых рекомендациях инвалиду, установления благоприятного для него режима рабочего дня и отдыха, осуществления других реабилитационных мероприятий.

Граждане СССР имеют право на охрану здоровья (ст. 42). Это право обеспечивается также материальными и правовыми гарантиями: бесплатной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан. Указанная статья Конституции СССР и изданные в ее развитие нормативно-правовые акты позволяют ВТЭК судить о доступности для данного инвалида работ в той или иной профессии и вынести решение о противопоказанных, непротивопоказанных (доступных) и показанных для него видах работ или отдельных трудовых операций в производственном процессе.

Ст. 43 Конституции отражает право граждан СССР на материальное обеспечение в старости, в случаях болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, а также потери кормильца. Это право гарантируется социальным страхованием рабочих, служащих и колхозников, пособиями по временной нетрудоспособности; выплатами за счет государства и колхозов пенсий по возрасту, инвалидности и по случаю потери кормильца; трудоустройством граждан, частично утративших трудоспособность; заботой о престарелых гражданах и инвалидах; другими формами социального обеспечения.

Добросовестный труд в СССР является обязанностью каждого способного к труду гражданина. Названный принцип закреплен юридически в ст. 60 Конституции СССР как выражение объективной закономерности развития социалистического государства. Труд на пользу всего общества — не только обязанность каждого трудоспособного гражданина, но и его моральный долг, дело его чести. В условиях социалистического способа производства каждому гражданину обеспечивается возможность трудиться в соответствии с его трудоспособностью. Последнее понимается как такое состояние человека, при котором совокупность его физических и духовных способностей позволяет ему выполнять определенное качество и объема профессиональную работу<sup>1</sup>.

Важнейшими факторами, определяющими трудоспособность, являются: состояние здоровья (оно определяет совокупность физических и духовных способностей), знания и производственный опыт, навыки к труду и высокие моральные качества человека; уровень развития производительных сил на основе общественной собственности на средства производства и достижений передовой науки и техники, внедрение механизации, электрификации и автоматизации производства; социалистическая организация труда, обеспечивающая высокую его производительность благодаря правильной, физиологически обоснованной организации труда и отдыха и созданию здоровых и безопасных условий на производстве.

В указанных благоприятных условиях социалистическое общество требует от человека участия в общественно полезном труде по принципу: «от каждого — по способностям, каждому — по труду» (Конституция СССР, ст. 14).

Советское государство, укрепляя социалистический строй, защищая интересы трудящихся, направляет свою правотворческую деятельность на издание законов и других законодательных актов, обеспечивающих возможность наиболее полного участия в общественно полезном труде человека не только как важнейшего элемента производительных сил общества, но и как сознательного и активного строителя коммунистического общества.

В случае возникновения у человека заболевания, травмы или их последствий его трудоспособность может существенно нарушаться вплоть до полной ее утраты, т. е. нетрудоспособности.

В действующем законодательстве определения понятия нетрудоспособности непосредственно не дано, равно как и определения характера нетрудоспособности. Положение о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию говорит лишь о пособиях по временной нетрудоспособности, не давая определения этому понятию. Инструкция по определению групп

<sup>1</sup> Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство инвалидов. Учебное пособие под ред. П. А. Маккавейского. М., 1967, с. 9.

инвалидности<sup>1</sup> тоже лишь косвенно раскрывает содержание понятия нетрудоспособности. Исходя из указанных документов, нетрудоспособность есть нарушение функций организма человека, обусловленное заболеваниями или травмами, препятствующее выполнению работы на предприятии (в учреждении, хозяйстве) без ущерба для здоровья.

Различают временную и постоянную или длительную нетрудоспособность. Советское законодательство о материальном обеспечении нетрудоспособных не устанавливает критериев для отграничения временной нетрудоспособности от постоянной или длительной. Наличие временной нетрудоспособности и ее длительность в каждом отдельном случае определяются уполномоченным на то врачом, а в надлежащих случаях лечебным заведением или врачебно-консультационной комиссией (ВКК) и удостоверяются выданными ими больничными листками. Факт постоянной или длительной утраты трудоспособности (инвалидности), согласно указанной Инструкции, устанавливается ВТЭК лицам, «страдающим хроническими заболеваниями или имеющим анатомические дефекты в тех случаях, когда возникшее нарушение функций организма препятствует выполнению профессионального труда и приобрело устойчивый, несмотря на лечение, характер». Постоянная или длительная утрата трудоспособности может быть полной, когда работник потерял способность к выполнению профессионального труда на предприятиях, в учреждениях, организациях без ущерба для здоровья, т. е. признан ВТЭК инвалидом I или II группы. Постоянная или длительная утрата трудоспособности может быть ограниченной, когда у работника вследствие нарушения функций организма имеется значительное снижение способности к труду, препятствующее продолжению работы в своей профессии на предприятиях и учреждениях и влекущее снижение квалификации, либо обуславливающее необходимость уменьшения его объема. Ограниченно трудоспособные (инвалиды III группы) лица могут работать на другой работе, доступной по состоянию здоровья, с учетом рекомендаций, установленных решением ВТЭК.

Следовательно, степень постоянной или длительной утраты трудоспособности определяется группой инвалидности. Термином «инвалидность» обозначается такое состояние человека, которое характеризуется постоянной или длительной утратой трудоспособности или значительным ограничением ее, установленными ВТЭК. Поскольку трудоспособность человека определяется не только состоянием здоровья, но и условиями труда, в том числе социальными, инвалидность — понятие не только биологическое, но и социальное, и юридическое<sup>2</sup>.

В зависимости от тяжести (группы) инвалидности находится уровень материального обеспечения. Законом предусмотрен более высокий уровень материального обеспечения для инвалидов I группы по сравнению с инвалидами II группы, а последних — по сравнению с инвалидами III группы. Законодательством о труде установлены особо облегченные, специальные условия труда для тех инвалидов I и II групп, которым органы врачебно-трудовой экспертизы сочли возможным рекомендовать труд. Для инвалидов III группы и других лиц с ограниченной трудоспособностью законодательством о труде

<sup>1</sup> Утверждена Министерством здравоохранения СССР 1 августа 1956 г. и ВЦСПС 2 августа 1956 г. Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 455.

<sup>2</sup> Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство инвалидов. Учебное пособие под ред. П. А. Маккавейского. М., 1967, с. 9—10.



установлены льготы, обеспечивающие им возможность трудиться без ущерба для здоровья. Забота о материальном обеспечении инвалидов в Советском государстве не ограничивается только трудовым устройством в различных формах и видах (см. гл. 10). Законодательством СССР предусмотрено пенсионное обеспечение (закон СССР «О государственных пенсиях» от 14 июля 1956 г.; Закон о пенсиях и пособиях членам колхозов от 15 июля 1964 г. и др. — см. Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов, М., 1979, с. 133—273); бытовое обеспечение; льготы инвалидам (гл. 15).

Признание человека инвалидом в соответствии с Законом о государственных пенсиях от 14 июля 1956 г. является прерогативой только органов врачебно-трудовой экспертизы — ВТЭК. Никакой другой организации не дано права устанавливать наличие, группу и причину инвалидности. Только Справка ВТЭК, отражающая решение ВТЭК и выдаваемая гражданину, признанному инвалидом, предопределяет в соответствии с действующим законодательством право этого гражданина на социальное обеспечение, его характер и объем. От правильной организации врачебно-трудовой экспертизы, ее качества и особенно научной обоснованности зависит как удовлетворение законных прав гражданина на социальное обеспечение, так и рациональное расходование государственных и общественных средств на материальное обеспечение лиц, ставших инвалидами вследствие заболевания, травмы или их последствий.

Из этого следует, что совершенствование врачебно-трудовой экспертизы, выросшей в нашей стране в особую практическую систему государственной и общественной деятельности, является важной задачей, в которой заинтересовано государство, все наше общество. Данный справочник, освещающий основные законодательные и методические материалы по врачебно-трудовой экспертизе, которыми ВТЭ в настоящее время пользуется и руководствуется, будет способствовать ее осуществлению.

## Глава 1

# ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

## ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

«Под временной нетрудоспособностью понимают временную потерю трудоспособности (до ее восстановления или до установления инвалидности) вследствие заболевания, несчастного случая или из-за других причин, не позволяющих выполнять профессиональную работу и обусловленных законодательством по социальному страхованию (дородовой и послеродовой периоды, уход за больным, карантин и т. п.)»<sup>1</sup>.

В соответствии со ст. 50 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении экспертизу временной нетрудоспособности осуществляют в учреждениях здравоохранения врач

<sup>1</sup> Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство инвалидов. Учебное пособие под ред. П. А. Маккавейского. М., 1967, с. 76.

или комиссия врачей. Права и обязанности по проведению экспертизы определены Положением об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях. В настоящее время действует Положение, утвержденное Министерством здравоохранения СССР от 14 июля 1975 г., согласованное с ВЦСПС 8 августа 1975 г.

Положением предусмотрено, что задачей экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях является определение у рабочих, служащих и колхозников временной утраты трудоспособности, выявление у них длительной или постоянной утраты трудоспособности и направление для освидетельствования во ВТЭК, рекомендация соответствующих условий труда лицам, не являющимся инвалидами, но нуждающимся по состоянию здоровья в ограничениях. Эту задачу в учреждении выполняют лечащий врач, заведующий отделением, заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности, ВКК.

Ответственность за постановку экспертизы временной нетрудоспособности возлагается на руководителей органов здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений.

При установлении факта временной нетрудоспособности и необходимости предоставления отпуска по болезни рабочему, служащему и колхознику выдается листок нетрудоспособности (справка). Порядок выдачи листка нетрудоспособности предусмотрен инструкцией ВЦСПС и Наркомздрава СССР «О порядке выдачи застрахованным больничных листков», утвержденной СНК СССР 14 августа 1937 г., № 1382, с последующими дополнениями, внесенными в соответствии с изменениями в законодательстве<sup>1</sup>.

Пособия по временной нетрудоспособности выдаются за счет средств государственного социального страхования, социального обеспечения членов колхозов (женщинам — членам колхозов на пособия по беременности и родам), социального страхования колхозников. Трудящиеся, имеющим право на получение пособия по временной нетрудоспособности, выдаются листки нетрудоспособности. Лица, подлежащие государственному социальному страхованию, перечислены в комментариях к Положению о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию<sup>2</sup>.

Вместо листка нетрудоспособности застрахованным могут быть выданы справки: при бытовой травме на первые 5 дней; при аборте не по медицинским показаниям в том случае, если заработок превышает 60 р. (работницам, служащим, заработная плата которых не превышает 60 р. в месяц, а также женщинам, перенесшим операцию аборта по медицинским показаниям или при самопроизвольном аборте, листки нетрудоспособности выдаются с первого дня нетрудоспособности); учащимся (кроме учащихся, на которых распространяется Положение о государственном социальном страховании)<sup>3</sup>; при заболевании или травме вследствие опьянения, а также злоупотребления алкоголем (справка по ф. № 54); при обращении в здравпункт к фельдшеру или медсестре в вечернее или ночное время, когда

<sup>1</sup> Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 58—70.

<sup>2</sup> Батыгин К. С., Симоенко Г. С. Пособия по государственному социальному страхованию. Комментарий. М., 1978, с. 12—26.

<sup>3</sup> Батыгин К. С., Симоенко Г. С. Пособия по государственному социальному страхованию. Комментарий. М., 1978, с. 20—21.

в поликлинике или амбулатории нет приема, а на здравпункте нет врача (в справке произвольной формы приводится время освобождения от работы, запись о характере заболевания); по уходу за заболевшим членом семьи, если права на листок нетрудоспособности нет, а больной нуждается в уходе; по уходу за здоровым ребенком при наличии в детском учреждении карантина (справка произвольной формы).

Справки, выданные при указанных выше обстоятельствах, являются официальными документами, оправдывающими неявку на работу, но не служат основанием для выплаты пособия.

## ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ И ТРАВМЕ

При утрате трудоспособности вследствие болезни или увечья листки нетрудоспособности выдаются врачами поликлиник, амбулаторий, больниц, здравпунктов санитарных учреждений министерств здравоохранения и путей сообщения СССР, а также врачами научно-исследовательских медицинских институтов, институтов усовершенствования врачей по списку, утвержденному Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС. Врачам иных лечебных учреждений право выдачи листков нетрудоспособности может быть предоставлено особыми распоряжениями МЗ СССР или Министерства здравоохранения союзной республики по согласованию с ВЦСПС.

При туберкулезе, психических и венерических заболеваниях листки нетрудоспособности выдаются соответствующими диспансерами, отделениями, кабинетами. При обращении больных с данными заболеваниями в общие лечебные учреждения, врач, определив временную утрату трудоспособности, может выдать листок нетрудоспособности на срок не более 3 дней, с обязательным направлением больного в соответствующее специализированное учреждение.

Листок нетрудоспособности выдается со дня обращения за медицинской помощью врачом лечебно-профилактического учреждения по месту работы или жительства рабочего, служащего, колхозника в период их работы. При этом следует исходить из того, чтобы нетрудоспособные граждане затрачивали меньше времени на проезд к лечебно-профилактическому учреждению. Лицам, нуждающимся в соблюдении постельного режима, медицинская помощь должна быть оказана на дому. При лечении и выписке из стационара листки нетрудоспособности выдаются за подписью лечащего врача и заведующего отделением. При выписке из стационара трудоспособный больной выписывается на работу. В случае, если больной при выписке остается временно нетрудоспособным, больничный листок лечащим врачом и заведующим отделением продлевается на срок, назначенный для явки больного в лечебно-профилактическое учреждение по месту жительства или для вызова врача на дом. В отдельных случаях при выписке из стационара листок нетрудоспособности может быть выдан одновременно на срок до 10 дней. Все записи в листке нетрудоспособности об освобождении больного от работы и возможности возобновления им трудовой деятельности производятся тем числом, когда больной был осмотрен.

Лечащий врач выдает листок нетрудоспособности (справку) на срок до 3 дней, а в общей сложности по данному заболеванию или увечью — не более чем на 6 дней. Частые осмотры больного позво-

ляют лечащему врачу своевременно наблюдать изменения в состоянии здоровья больного, проверять эффективность проводимых лечебно-восстановительных мероприятий.

В период повышенной заболеваемости вирусным гриппом лечащим врачам предоставлено право при установлении нетрудоспособности одновременно выдавать больничный листок на срок до 5 дней.

Продление листка нетрудоспособности лечащим врачом свыше 6 дней производится только после утверждения ВКК, главным врачом или иным лицом, которому это право предоставлено: заведующим отделением; заместителем главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности; врачом, ответственным за экспертизу трудоспособности. Продление листка нетрудоспособности санкционируется только после личного осмотра больного. При длительных заболеваниях также осмотры должны производиться не реже, чем раз в 10 дней. Там, где есть заведующие отделением, по возможности они должны заниматься продлением отпусков по временной нетрудоспособности. На ВКК следует направлять больных, которым требуется консультация по вопросам диагностики, лечения и экспертного решения о возможности продолжения ими трудовой деятельности. Решение о продлении листка нетрудоспособности выносится только после всестороннего обследования больного.

В сельских местностях, отдаленных районах, где в лечебных учреждениях работает один врач, ему предоставлено право единолично выдавать листок нетрудоспособности на все время заболевания (Инструкция, п. 15). В необходимых случаях врач лечебного учреждения должен консультироваться со специалистами районного лечебного учреждения. В свою очередь, специалисты центральной районной больницы, областного лечебного учреждения обязаны организовать систематическую помощь и контроль за качеством экспертизы временной нетрудоспособности в сельской местности и отдаленных районах, где нет ВКК.

Длительность временной нетрудоспособности зависит от особенностей течения заболевания. Правильное определение продолжительности временной нетрудоспособности во многом зависит от квалификации врача, знаний им общих основ экспертизы трудоспособности и правильного определения трудового прогноза. При острых заболеваниях с благоприятным трудовым прогнозом листок нетрудоспособности выдается до восстановления трудоспособности. При острых заболеваниях с наклоном к переходу в хроническое состояние листок нетрудоспособности выдается до того времени, пока трудовой прогноз представляется благоприятным. При неблагоприятном или сомнительном прогнозе больного целесообразно направить на ВТЭК для определения инвалидности. В случае, если нет оснований для установления инвалидности, но имеется небольшое ограничение трудоспособности, больной по заключению ВКК переводится на другую работу.

Листок нетрудоспособности при хронических заболеваниях обычно не выдается. В отдельных случаях при обострениях, приступах, припадках листок нетрудоспособности может выдаваться до исчезновения признаков обострения.

В инструкции «О порядке выдачи застрахованным больничных листов» указывается, что «отпуск по болезни или увечью предоставляется в течение всего времени до восстановления трудоспособности или до установления инвалидности врачебно-трудовой экспертной

комиссией» (п. 6)<sup>1</sup>. Следовательно, до тех пор, пока у больного имеется временная нетрудоспособность, основанием для освобождения от работы является листок нетрудоспособности (справка). При наличии признаков инвалидности, независимо от продолжительности болезни, лечащий врач совместно с заведующим отделением представляет больного на ВКК для решения вопроса о направлении на ВТЭК (Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях. Утверждено Министерством здравоохранения СССР 14 июля 1975 г. и согласовано с ВЦСПС 8 августа 1975 г.)<sup>2</sup>.

Лечебное учреждение без решения ВТЭК не может выдавать листок нетрудоспособности длительно болеющим лицам более чем на 4 мес подряд или более 5 мес в общей сложности в течение последних 12 мес при одном и том же или близком заболевании (Инструкция, п. 6). Если больной за последние 12 мес неоднократно освобождался от работы в связи с различными, не связанными друг с другом, заболеваниями, вопрос о выдаче листка нетрудоспособности по последнему заболеванию, с которым больной обратился в лечебное учреждение, решается с учетом общего числа дней, на которое был выдан листок нетрудоспособности по данному или близкому к нему заболеванию за указанный срок.

Практически перед направлением больного на ВТЭК число дней утраты трудоспособности при одном и том же или близких повторных заболеваниях не должно превышать 150 календарных дней за последние 12 мес. Следует учитывать, что оформление документов на ВТЭК может потребовать определенного времени, необходимого для обследования больного специалистами, проведения анализов в диагностических кабинетах и т. д. Поэтому в случаях, когда больной несомненно подлежит направлению на ВТЭК, необходимо начать оформление всех документов до истечения указанного выше срока.

При утрате трудоспособности вследствие заболевания туберкулезом лечебно-профилактическое учреждение направляет во ВТЭК рабочего или служащего не позднее 10 мес со дня наступления нетрудоспособности или не позднее 10 мес в общей сложности в течение последних 12 мес при повторных заболеваниях туберкулезом (инструкция ВЦСПС и Наркомздрава СССР «О порядке выдачи застрахованным больничных листов»)<sup>3</sup>.

## ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ И РАБОТАЮЩИХ ИНВАЛИДОВ

Лечебные учреждения и профсоюзные организации должны обратить внимание на контингент длительно и часто болеющих и проводить с ними необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия. Своевременное и правильно организованное диспансерное обслуживание этой категории больных приводит к снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности, является мерой профилактики дальнейшего утяжеления состояния здоровья и инвалидности. С целью

<sup>1</sup> Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 59.

<sup>2</sup> Там же, с. 70.

<sup>3</sup> Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 58—60.



улучшения медицинского обслуживания и усиления контроля за постановкой лечебно-диагностической работы и качеством экспертизы трудоспособности п. 17 Инструкции предусматривает прикрепление к листам, длительно и часто болеющим, врачей-специалистов по данному заболеванию. Все листки нетрудоспособности в последующем должны оформляться прикрепленным врачом. В случае, если листок нетрудоспособности в связи с иным заболеванием выдан другим специалистом, прикрепленный врач должен в любом случае визировать его, или же оформление листка нетрудоспособности осуществляется после консультации с соответствующим специалистом.

Официальных данных о продолжительности и частоте заболеваний для отнесения больного к категории часто и длительно болеющих нет, и этот вопрос решается индивидуально. Ориентировочно к длительно болеющим относят лиц с продолжительностью временной нетрудоспособности 40 дней и более, а к часто болеющим — лиц, получивших не менее 4 листков нетрудоспособности при одном и том же или близком заболевании за последние 12 мес<sup>1</sup>. Больные, отнесенные к категории часто и длительно болеющих, более часто и длительно, чем это обычно наблюдается при данном заболевании, получают больничный листок, и в связи с этим возникают определенные трудности при оценке трудоспособности. Однако неправильно относить к длительно болеющим только лиц, находящихся на листке нетрудоспособности 4 мес подряд, а к часто болеющим — находящихся на листке нетрудоспособности по одному и тому же заболеванию с перерывами в течение 5 мес за последние 12 мес. Этой группой не ограничивается категория часто и длительно болеющих.

При освидетельствовании больных, направленных во ВТЭК не позднее 4 мес непрерывного пребывания на листке нетрудоспособности или 5 мес, если временная нетрудоспособность с перерывами устанавливалась по одному и тому же заболеванию, необходимо учитывать особенности течения заболевания, клинический прогноз, социальные факторы. ВТЭК выносит экспертное решение о трудоспособности больного в момент освидетельствования. Принимая решение о признании больного инвалидом, ВТЭК в листке нетрудоспособности делает запись: «признан инвалидом I, II или III группы инвалидности». В случае непризнания больного инвалидом производится запись: «инвалидом не признан» либо, что более правильно, — «трудоспособен». В тех случаях, когда оснований для установления инвалидности нет, но больной по состоянию здоровья еще не может приступить к работе, в листке нетрудоспособности делается запись: «временной нетрудоспособен». В Акте освидетельствования во ВТЭК (утвержден приказом министра социального обеспечения РСФСР 12 августа 1970 г. № 95) в п. 24 перечислены виды экспертных решений ВТЭК, среди которых и «временной нетрудоспособен». После вынесенного ВТЭК решения о временной нетрудоспособности больного лечебное учреждение продлевает листок нетрудоспособности, согласно инструкции. Если по заключению ВТЭК нет оснований считать больного инвалидом и он продолжает быть временно нетрудоспособным, то больничный листок подлежит продлению в порядке, установленном

<sup>1</sup> Гаврилов Н. И., Мозгляков В. А., Шахгельянц А. Е., Бриллиантова М. С. Методика изучения и пути снижения заболеваемости промышленных рабочих. М., 1969, с. 25.

инструкцией «О порядке выдачи застрахованным больничных листов»<sup>1</sup>.

ВТЭК выносит решение о временной нетрудоспособности в случае, когда больной по состоянию здоровья на день освидетельствования еще не может полностью или частично приступить к работе. О временном характере утраты трудоспособности в подобных случаях свидетельствуют положительная динамика патологического процесса и благоприятный клинический прогноз.

Обоснованное экспертное решение является важной мерой предупреждения дальнейшего утяжеления заболевания. Установление инвалидности больному, у которого утрата трудоспособности фактически носит временный характер и в ближайшее время возможно полное или частичное восстановление трудоспособности, наносит не только ущерб здоровью, но и экономический ущерб как больному, так и государству.

Работающие инвалиды, согласно инструкции, ограничены в продолжительности оплаты листов нетрудоспособности. В соответствии с п. 9 Положения о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию работающим инвалидам пособие при общем заболевании выплачивается не дольше 2 мес при заболевании подряд и не более 3 мес при неоднократных заболеваниях в календарном году<sup>2</sup>.

При выплате пособия работающему инвалиду за 2 мес учитываются календарные месяцы, независимо от числа дней в каждом. Больше 2 мес пособие не выплачивается и в том случае, если временная нетрудоспособность продолжается в следующем календарном году. При выплате пособия по временной нетрудоспособности за 3 мес в календарном году суммируются все дни нетрудоспособности. В указанный срок включаются дни выплаты пособия по общим заболеваниям, бытовой травме, а также отпуска для санаторно-курортного лечения на недостающие дни. Листки нетрудоспособности, выданные по общему заболеванию в календарном году до установления инвалидности, а также при других видах временной нетрудоспособности в период инвалидности, не учитываются и не суммируются при определении предельного для оплаты 3-месячного срока.

Законодательство предусматривает возможность оплаты пособия более 2 или 3 мес инвалидам Отечественной войны и инвалидам, временно нетрудоспособным вследствие туберкулеза.

В соответствии с Положением о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих, утвержденным Постановлением Совета Министров СССР от 23 февраля 1981 г. № 209, инвалидам Отечественной войны пособие по временной нетрудоспособности вследствие общего заболевания выдается до 4 мес подряд или до 5 мес в календарном году (см. Приложение, стр. 547)<sup>3</sup>.

Рабочим и служащим, признанным инвалидами вследствие заболевания туберкулезом, при обострении этого заболевания пособие выплачивается не более 4 мес подряд и 5 мес с перерывами в календарном году. Прочим работающим инвалидам при временной

<sup>1</sup> Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 60.

<sup>2</sup> Батыгин К. С., Симоненко Г. С. Пособия по государственному социальному страхованию. М., 1978, с. 51—55.

<sup>3</sup> СП СССР, 1981, № 12, ст. 71.

утрате трудоспособности вследствие заболевания туберкулезом пособие выплачивается не более 10 мес подряд и при заболевании с перерывом — не более 12 мес за два календарных года.

При временной нетрудоспособности, наступившей у работающего инвалида от трудового увечья или профессионального заболевания, пособие по листку нетрудоспособности выдается до выздоровления или до пересмотра группы инвалидности в связи с новым заболеванием. В случае, если рабочий или служащий по причине «трудовое увечье» или «профессиональное заболевание» уже признан инвалидом, то последующие обострения этого заболевания с выдачей листка нетрудоспособности расцениваются как «общее заболевание». Поэтому в последнем случае оплата пособия по листку нетрудоспособности производится не более 2—3 мес.

Однако указанные сроки, ограничивая продолжительность оплаты пособия, не ограничивают длительности листка нетрудоспособности. Работавшие инвалиды, независимо от группы и причины инвалидности, при наличии у них временной нетрудоспособности имеют право на получение листка нетрудоспособности. При вновь возникшем заболевании листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях до тех пор, пока у больного имеются признаки временной нетрудоспособности. При обострении основного заболевания, послужившего причиной установления инвалидности, нередко возникает вопрос о рациональности трудового устройства инвалида или о возможно наступившем ухудшении его состояния здоровья. При необходимости изменения трудовой рекомендации или группы инвалидности в связи с ухудшением состояния здоровья инвалид направляется на ВТЭК.

После вынесенного решения ВТЭК лечебное учреждение в установленном порядке продлевает или закрывает листок нетрудоспособности.

В случае, если у работающего инвалида обострение основного заболевания, послужившего причиной инвалидности, или вновь возникшее заболевание носит временный характер, а клинический и трудовой прогноз благоприятный, ВТЭК выносит решение о временной нетрудоспособности, а лечебное учреждение продлевает листок нетрудоспособности.

В случае же неблагоприятного или сомнительного трудового прогноза и решения ВТЭК об установлении более тяжелой группы инвалидности листок нетрудоспособности лечебным учреждением закрывается.

Перевод больного на другую работу по состоянию здоровья может носить временный или постоянный характер и осуществляется по заключению ВКК. Если такой перевод связан со снижением заработка рабочего или служащего, то в течение 2 нед после перевода у него сохраняется прежний средний заработок (ст. 44 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о труде — ОЗот).

## ДРУГИЕ ВИДЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

При туберкулезе и профессиональных заболеваниях возможен временный перевод на другую работу, не связанную с воздействием вредных профессиональных факторов, с выдачей листка нетрудоспособности до 2 мес. Это осуществляется в случае, если рабочий или служащий является временно нетрудоспособным по своей основной работе, но может без ущерба для производства и состояния своего здоровья выполнять другую работу (п. 15 Положения о по-

рядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию)<sup>1</sup>.

Листок нетрудоспособности выдается в случае, если новая работа ниже оплачивается. Перевод осуществляет администрация по согласованию с фабрично-заводским местным комитетом.

Листок нетрудоспособности оформляется ВКК каждые 10 дней. Этот листок нетрудоспособности нередко называют «профессиональным», или «доплатным». По листку нетрудоспособности выплачивается пособие по социальному страхованию в таком размере, чтобы сумма пособия и зарплаты на новом месте работы не превышала бы размера прежней заработной платы. При переводе на работу без снижения заработка нет необходимости в выдаче листка нетрудоспособности.

При временном переводе по состоянию здоровья в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, связанным с работой, на другую нижеоплачиваемую работу предприятие, учреждение или организация выплачивают разницу между прежним заработком и заработком на новой работе. Такой перевод и оплата осуществляются до восстановления трудоспособности или до установления инвалидности.

Рабочему и служащему, нуждающемуся по состоянию здоровья в санаторно-курортном лечении, на недостающие дни к основному и дополнительному отпуску, включая время нахождения в пути, выдается листок нетрудоспособности (п. 10 Положения, пп. 23—26 Инструкции)<sup>2</sup>. Листок нетрудоспособности выдает ВКК при наличии путевки (курсовки), санаторно-курортной карты, справки администрации предприятия о продолжительности очередного и дополнительного отпусков, выписки из постановления фабзавкома, месткома или вышестоящей профсоюзной организации о предоставлении путевки за счет средств социального страхования бесплатно или с оплатой 30% стоимости путевки. Листок временной нетрудоспособности выдается до отъезда больного в санаторий. Число дней, на которые предоставляется отпуск по листку нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения, определяется путем вычитания из общего числа календарных дней пребывания в санатории и проезда в санаторий и обратно числа календарных дней очередного и дополнительного отпуска работника.

Работающим инвалидам Отечественной войны I и II групп, инвалидам I и II групп из числа бывших работников Министерства внутренних дел, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении служебных обязанностей, а также больным активной формой туберкулеза, направленным для лечения в туберкулезный санаторий, листок нетрудоспособности на недостающие дни при санаторно-курортном лечении выдается независимо от того, кем и за чей счет предоставлена путевка. Больным, направляемым в туберкулезный санаторий, больничный листок на недостающие дни к очередному и дополнительному отпуску выдает лечащим врачом совместно с главным врачом санатория.

Листок нетрудоспособности по уходу за заболевшим членом семьи в возрасте 14 лет и старше выдается сроком до 3 дней. Лечащий врач выдает листок нетрудоспособности по уходу за

<sup>1</sup> Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 24.

<sup>2</sup> Там же, с. 22, 65—67.

Больным членом семьи в тех случаях, когда отсутствие ухода опасно для жизни или здоровья, если госпитализация невозможна и в семье нет другого члена семьи (родственника), который мог бы обеспечить уход за больным.

В отдельных случаях листок нетрудоспособности по уходу за заболевшим членом семьи с разрешения главного врача может быть выдан и на больший срок, но не более 7 дней.

Листок нетрудоспособности по уходу за заболевшим ребенком, не достигшим 14 лет, может быть выдан на срок до 7 календарных дней. Одиноким матерям, вдовам, разведенным женщинам листок нетрудоспособности по уходу за ребенком, не достигшим 7 лет, может быть выдан на срок до 10 календарных дней.

Лечащий врач может выдать листок нетрудоспособности временно не более чем на 3 дня, и в случае необходимости — еще до 3 дней. Вопрос о продлении листка нетрудоспособности сверх 6 дней решается лечащим врачом совместно с ВКК или лицом, которому это право предоставлено. Если вопрос о необходимости продления его возникает после первых 3 дней, заведующий отделением или ВКК могут утверждать продление его на последующие 4 дня.

Инструкция не предусматривает выдачи листка нетрудоспособности по уходу за хроническим больным, при отказе самого больного или родственников от стационарного лечения, по уходу за взрослым, находящимся на стационарном лечении, по уходу за здоровым ребенком (при заболевании матери или наложении карантина на детское учреждение, на данного ребенка и т.д.)<sup>1</sup>. Листок нетрудоспособности по уходу не выдается в период очередного или взятого без сохранения заработной платы отпуска.

При помещении для протезирования в стационар протезно-ортопедического предприятия листок нетрудоспособности выдается за время пребывания в стационаре, но не более чем на 30 календарных дней (п. 13 Инструкции)<sup>2</sup>. Листок нетрудоспособности оформляет врач стационара совместно с главным врачом медицинского отдела протезно-ортопедического предприятия, а при отсутствии медицинского отдела — врачом стационара. Протезирование, которое осуществляется в амбулаторных условиях, не может оформляться выдачей листка нетрудоспособности.

При беременности и родах листок нетрудоспособности выдается на 56 календарных дней дородового и 56 календарных дней послеродового отпуска. При рождении 2 и более детей, патологических родах листок нетрудоспособности выдается на 70 календарных дней, считая день родов. При травме или заболевании женщины, находящейся в дородовом или послеродовом отпуске, листок нетрудоспособности по заболеванию и травме не выдается. Однако, если к окончанию срока послеродового отпуска женщина остается временно нетрудоспособной, ей выдается новый листок нетрудоспособности. В случае наступления времени дородового отпуска у беременной, являющейся временно нетрудоспособной в связи с заболеванием или травмой, листок нетрудоспособности, выданный по поводу заболевания или травмы, закрывается и выдается новый листок нетрудоспособности на период дородового отпуска. В любом случае на один и те же дни не могут быть выданы два листка нетрудоспособности.

<sup>1</sup> Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 65.

<sup>2</sup> Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 62.



## ОБЩИЕ ОСНОВЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОСТОЯННОЙ ИЛИ ДЛИТЕЛЬНОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБ- НОСТИ

При постоянной или длительной утрате трудоспособности, а также значительном ее ограничении органами врачебно-трудовой экспертизы устанавливается инвалидность. В соответствии с действующей классификацией различают 3 группы инвалидности, при этом I и II группы инвалидности определяются лицам, полностью утратившим трудоспособность в данных условиях производства, а III группа инвалидности — лицам, частично утратившим трудоспособность. Необходимость введения групповой классификации инвалидности возникла уже в первые годы Советской власти. Существовавшая до Великой Октябрьской социалистической революции процентная система определения степени утраты трудоспособности себя не оправдала, поскольку инвалидность устанавливалась независимо от профессиональных возможностей граждан. До 1932 г. использовались 5–6-групповые классификации инвалидности, в 1932 г. введена 3-групповая классификация. В дальнейшем практика врачебно-трудовой экспертизы показала некоторые недостатки инструкции 1932 г. по определению групп инвалидности, и в 1954–1956 гг. в нее были внесены изменения. Инструкция была расширена, уточнены критерии определения групп инвалидности и приведены конкретные примеры.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ

С 1956 г. по настоящее время действует Инструкция по определению групп инвалидности, утвержденная Министерством здравоохранения СССР, ВЦСПС 1–2 августа 1956 г. и согласованная с Министерством социального обеспечения РСФСР 2 августа 1956 г.<sup>1</sup>

Определение III группы инвалидности. III группа инвалидности устанавливается лицам, постоянно или длительно частично утратившим свою трудоспособность. Инструкция предусматривает 4 пункта, которыми следует руководствоваться ВТЭК при определении групп инвалидности.

По пункту «а» III группа устанавливается при необходимости перевода на работу другой профессии более низкой квалификации. Такой перевод вызван тем, что по состоянию здоровья больной не может выполнять работу в своей прежней профессии. При переводе на работу в другую профессию следует учитывать имеющиеся у больного профессиональные навыки, образование. Перевод больного на работу в другую профессию без снижения квалификации не дает оснований для определения III группы инвалидности.

По пункту «б» III группа устанавливается при необходимости по состоянию здоровья значительного изменения условий работы в своей профессии, которые приводят к значительному сокращению объема производственной деятельности. При незначительном изменении условий работы, небольшом снижении объема производственной

<sup>1</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 455–459.

деятельности ограничения могут быть предоставлены ВКК лечебного учреждения без направления на ВТЭК для установления инвалидности (освобождение от ночных смен, разъездов и пр.). Значительное сокращение объема производственной деятельности нередко, хотя и не всегда, приводит к снижению квалификации.

По пункту «в» III группы инвалидности устанавливается при значительном ограничении возможности трудового устройства вследствие выраженных нарушений функций у лиц малой квалификации или ранее не работавших. По критерию «в» группа инвалидности может быть определена лицам, страдающим заболеваниями или имеющим последствия травм с выраженным нарушением функций при невысоком образовательном уровне, пожилом возрасте, отсутствии трудовых навыков, низкой профессиональной квалификации, ограничении круга доступных профессий.

По пункту «г» раздела IV Инструкции III группа инвалидности устанавливается в соответствии с перечнем анатомических дефектов и деформаций (см. Приложение, стр. 540—541). При этом необходимо учитывать некоторые общие особенности экспертизы трудоспособности лиц с анатомическими дефектами и деформациями<sup>1</sup>. Группа инвалидности при наличии соответствующего анатомического дефекта устанавливается лицам независимо от выполняемой работы, условий и характера труда. Одна из основных задач при экспертизе трудоспособности этих лиц состоит в том, чтобы правильно оценить, относится ли данная патология к числу анатомических дефектов или деформаций, перечисленных в пункте «г».

При некоторых дефектах и деформациях группа инвалидности устанавливается независимо от выполняемой работы, если они явились следствием ранения или увечья, полученного на фронте, при исполнении обязанностей военной службы или на производстве. Как правило, группа инвалидности при анатомических дефектах и деформациях после того или иного срока наблюдения устанавливается бессрочно. Свидетельствуемое лицо может быть признано инвалидом вследствие анатомического дефекта или деформации только в том случае, если имеющаяся у него патология полностью соответствует описанию дефектов и деформаций в п. «г» раздела IV Инструкции по определению групп инвалидности.

Рассматриваемый список дефектов и деформаций является обязательным для ВТЭК и расширять (равно как и суживать) его нельзя. При наличии дефекта (или деформации), не предусмотренного п. «г» Инструкции, вопрос о группе инвалидности решается с учетом возможности выполнять работу в своей профессии.

**Определение II группы инвалидности.** II группа инвалидности устанавливается лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная утрата трудоспособности вследствие значительно выраженных нарушений функций организма, обусловленных хроническими заболеваниями или травмой, которые, однако, не вызывают необходимости в постоянной посторонней помощи (уходе или надзоре). Некоторым инвалидам II группы доступно выполнение отдельных видов труда в специально созданных условиях. Инструкция предусматривает 3 пункта, которыми руководствуются эксперты для определения II группы инвалидности.

<sup>1</sup> Маккавейский П. А. Экспертиза трудоспособности и трудоустройство лиц с неврологическими анатомическими дефектами. — В кн.: Материалы научно-практ. конф. и семинара выпускников Института специализации врачей-экспертов и клинической ординатуры. Л., 1972. Ч. II, с. 5—6.

По п. «а» II группа инвалидности устанавливается лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная утрата трудоспособности вследствие нарушений функций организма.

По п. «б» II группа инвалидности определяется лицам, которым на длительный период противопоказаны все виды труда вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности. Знание динамики заболевания — одно из условий обоснованного решения и отнесения ко II группе инвалидности. Неблагоприятный прогноз, частые обострения заболевания, кризы, повторные инсульты, инфаркты миокарда требуют осторожного подхода при оценке трудоспособности и не всегда позволяют допускать больного к работе. Критерий «б» отражает профилактическое направление советской врачебно-трудовой экспертизы.

По п. «в» инвалидами II группы могут быть признаны лица, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, комбинированными дефектами опорно-двигательного аппарата, значительной потерей зрения, которым труд не противопоказан, но доступен в специально созданных условиях в спеццехах, на дому или на предприятиях, если на них могут быть созданы условия, соответствующие такому спеццеху (сокращение рабочего дня, индивидуальные нормы выработки, дополнительные перерывы в работе, строгое соблюдение санитарно-гигиенических норм, медицинское наблюдение, систематическая врачебная помощь и т. д.).

**Определение I группы инвалидности.** I группа инвалидности устанавливается лицам с тяжелыми заболеваниями или последствиями увечий, при которых имеются значительные нарушения функций организма, обуславливающие необходимость постоянной посторонней помощи, ухода или надзора.

Необходимость такого ухода имеется постоянно, а не только на период временного ухудшения состояния здоровья. Осуществлять его могут члены семьи или персонал лечебно-профилактических учреждений. При определении I группы инвалидности ВТЭК руководствуется двумя пунктами.

По п. «а» инвалидами I группы признаются лица с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе (помощи или надзоре).

Среди лиц, признанных инвалидами I группы по пункту «а», ведущее место занимают больные с необратимыми патологическими процессами; в основном это больные с инкурабельными злокачественными заболеваниями, поражениями сердечно-сосудистой системы со стойкой сердечной недостаточностью III степени.

По п. «б» инвалидность I группы устанавливается лицам, которые, несмотря на стойкие резко выраженные нарушения функций и нуждаемость в постоянном постороннем уходе или помощи, могут быть приспособлены к отдельным видам труда в особо созданных, индивидуально организованных условиях. Это лица с комбинацией тяжелых анатомических дефектов и деформаций, требующих для своей трудовой деятельности использования специальных рабочих приспособлений, полностью слепые и др. Инвалиды I группы, приспособленные к индивидуальным условиям работы, нуждаются в постоянной посторонней помощи не только в быту, но и в процессе своего труда.

## ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ

Благодаря развитию механизмов компенсации нарушенных функций организма, стабилизации или обратному развитию патологических процессов может изменяться состояние трудоспособности инвалидов, что требует их переосвидетельствования. Положение о ВТЭК предусматривает переосвидетельствование инвалидов I группы 1 раз в 2 года, а инвалидов II и III групп — 1 раз в год. Инвалидность им устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование<sup>1</sup>.

В тех случаях, когда утрата трудоспособности приняла постоянный характер, инвалидность устанавливается без указания срока переосвидетельствования. В Положении о ВТЭК и в Перечне заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока переосвидетельствования, утвержденном Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС 1–2 августа 1956 г. и согласованном с Министерством социального обеспечения РСФСР 2 августа 1956 г., предусмотрено установление группы инвалидности бессрочно в следующих случаях:

1) при заболеваниях внутренних органов, нервно-психических заболеваниях, хирургических заболеваниях и анатомических дефектах и деформациях, заболеваниях уха, горла, носа, поражениях и заболеваниях глаз, перечисленных в разделах I–V указанного Перечня<sup>2</sup>;

2) инвалидам — мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, а также инвалидам, у которых срок переосвидетельствования наступает после достижения мужчинами 60 лет, женщинами — 55 лет;

3) инвалидам I и II групп, которым за последние 15 лет группа инвалидности не изменялась 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 5 лет подряд устанавливалась какая-либо группа инвалидности;

7) инвалидам III группы из числа военнослужащих, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте, у которых срок переосвидетельствования наступает после достижения мужчинами 55 лет, женщинами — 50 лет<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 453.

<sup>2</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 459–462.

<sup>3</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 462.

## ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ

От причины инвалидности зависят размер пенсии, льготы и определенное правовое положение. Право установления причинной связи инвалидности имеет только ВТЭК. В соответствии с Законом о государственных пенсиях от 14 июля 1956 г. Управление ВТЭ Министерства социального обеспечения РСФСР подготовило методические указания от 20 декабря 1956 г. «Об определении причин инвалидности». Согласно этим указаниям, ВТЭК имеет право определять следующие причины инвалидности: общее заболевание; профессиональное заболевание; трудовое увечье; инвалидность с детства; инвалидность до начала трудовой деятельности; ранение (контузия, увечье), полученное при защите СССР; ранение (контузия, увечье), полученное при исполнении иных обязанностей военной службы; заболевание, полученное на фронте; заболевание, увечье (ранение, контузия), не связанное с исполнением обязанностей военной службы; заболевание, увечье (ранение, контузия), не связанное с пребыванием на фронте<sup>1</sup>. Кроме того, гражданам, не являющимся рабочими или служащими, при травме, полученной при выполнении общественных, государственных заданий, выполнении долга гражданина СССР, обусловившей наступление инвалидности, причиной инвалидности является «увечье (заболевание), полученное при выполнении государственных или общественных обязанностей»<sup>2</sup>. В соответствии с этой формулировкой им назначается пенсия в твердых размерах в соответствии с п. 53 Положения о порядке назначения и выплаты государственных пенсий<sup>3</sup>.

Причина инвалидности «общее заболевание» устанавливается при наступлении инвалидности у рабочего или служащего в период работы (учебы) или после оставления работы (учебы) в том случае, если заболевание или увечье, обусловившее инвалидность, не стоит в прямой зависимости от профессионального заболевания, увечья на производстве, заболевания (ранения) в период пребывания на военной службе или заболевания с детства. Под учебой понимается обучение не в общеобразовательных школах, а в высшем или среднем специальном учебном заведении по подготовке кадров. Лица, признанные инвалидами по причине «общее заболевание», имеют право на пенсию при наличии определенного стажа работы, необходимого по законодательству, для данного возраста, пола, условий работы.

«Профессиональное заболевание» как причина инвалидности устанавливается лицам, у которых инвалидность наступила вследствие заболевания, вызванного систематическим и длительным воздействием профессиональных вредностей, свойственных данной профессии, либо условиями труда, характерными лишь для того или иного производства. При установлении причины инвалидности «профессиональное заболевание» ВТЭК руководствуется Списком профессиональных заболеваний и Инструкцией по применению списка профессиональных заболеваний, утвержденными Министерством здравоохранения СССР

1. Врачебно-грудовая экспертиза / Сборник законодательных и методических материалов. Под ред. А. Ф. Третьякова. М.; 1959, с. 45—46.

<sup>2</sup> Там же, с. 48.

<sup>3</sup> Бабкин В. А., Смирнова Г. Б. Комментарий к Положению о порядке назначения и выплаты государственных пенсий. М., 1975, с. 143—144.



и ВЦСПС 25—26 февраля 1970 г.<sup>1</sup> Он состоит из трех разделов: 1) наименование болезни; 2) профессиональные вредности, вызывающие болезнь; 3) примеры профессий и производств, в которых данная болезнь встречается преимущественно или исключительно. Организация освидетельствования больных с профессиональной патологией представлена в методических рекомендациях ЛИЭТИНа, одобренных Ученым советом ЛИЭТИНа и Ученым советом Министерства социального обеспечения РСФСР<sup>2</sup>. При направлении больного с профессиональным заболеванием на освидетельствование во ВТЭК, ВКК лечебно-профилактического учреждения, используя заключения профпатолога из специализированного учреждения, заполняет Направление на ВТЭК (ф. № 88). Для освидетельствования необходимы сведения об условиях труда больного и характере выполняемой им работы. Поэтому при первичном освидетельствовании ВТЭК запрашивает акт расследования санэпидстанцией случая профессионального заболевания. Сведения об условиях труда и о выполняемой работе запрашиваются с места работы свидетельствуемого, что предусмотрено Положением о ВТЭК.

В связи с особым правовым положением лиц, признанных инвалидами вследствие заболевания пневмококциозом, при установлении инвалидности по данному заболеванию производится запись «профессиональное заболевание по пневмококциозу». Право на получение пенсии имеют все инвалиды вследствие профессионального заболевания вне зависимости от длительности трудового стажа.

«Трудовое увечье» как причина инвалидности устанавливается рабочим, служащим и колхозникам, у которых повреждение здоровья обусловлено несчастным случаем, происшедшим в связи с работой. Согласно п. 3 методических указаний «Об определении причин инвалидности», инвалидность считается наступившей вследствие трудового увечья, если несчастный случай, вызвавший инвалидность, произошел:

1) при выполнении трудовых обязанностей (в том числе во время командировки), а также при совершении каких-либо действий в интересах предприятия или учреждения, хотя бы и без поручения администрации;

2) в пути на работу или с работы;

3) на территории предприятия или учреждения, или в ином месте работы в течение рабочего времени, включая и установленные перерывы; в течение времени, необходимого для приведения в порядок орудий производства, одежды и т.п.; перед началом или по окончании работы;

4) вблизи предприятия, учреждения, организации или иного места работы в течение рабочего времени, включая и установленные перерывы, если нахождение там не противоречило правилам внутреннего трудового распорядка;

5) при выполнении государственных или общественных обязанностей, а также при выполнении специальных заданий советских, партийных, профессиональных или иных общественных организаций, хотя бы эти задания и не были связаны с основной работой;

<sup>1</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 81—92.

<sup>2</sup> Принципы организации экспертизы трудоспособности при профессиональных заболеваниях. Л., 1972.

6) при выполнении долга гражданина СССР по спасению человеческой жизни, по охране социалистической собственности, а также по охране социалистического правопорядка;

7) в связи с выполнением донорских функций<sup>1</sup>.

Трудовое увечье как причина инвалидности устанавливается рабочим, служащим и другим категориям трудящихся, на которых распространяется государственное социальное страхование в период их постоянной, сезонной или временной работы, а также колхозникам. Травма, полученная во время работы, не считается трудовым увечьем у работающих: по гражданско-правовому договору; при выполнении работ в период заключения; в лечебных мастерских при условии, если пострадавший не был зачислен в штат персонала; при отбывании наказания за мелкое хулиганство.

Трудовое увечье дает право на более высокий размер пенсии, и пенсии инвалидам назначаются независимо от длительности трудового стажа<sup>2</sup>.

«Инвалидность с детства» устанавливается лицам, у которых инвалидность наступила до начала трудовой деятельности — до достижения 16 лет (учащимся — до 18 лет) — вследствие врожденного или возникшего в детстве заболевания или увечья. Инвалиды с детства направляются на освидетельствование во ВТЭК для назначения пенсии при наличии определенного стажа работы ко времени обращения за пенсией; в случае смерти кормильца; назначения государственного пособия инвалидам I и II групп; для трудового устройства или профессионального обучения; для направления в дома-интернаты для инвалидов.

«Инвалидность до начала трудовой деятельности» устанавливается лицам при наступлении инвалидности вследствие заболевания или увечья в возрасте старше 16 лет (для учащихся — старше 18 лет), но до начала работы по трудовому договору. Они направляются во ВТЭК для получения трудовой рекомендации, направления в дома-интернаты для инвалидов. Установление причины инвалидности «до начала трудовой деятельности» дает инвалиду право на пенсию при наличии определенного стажа работы, зависящего от возраста.

Причину инвалидности у бывших военнослужащих устанавливает ВТЭК. Формулировка причины во многом зависит от наличия или отсутствия заключения военно-врачебной комиссии (ВВК) о состоянии здоровья в период службы в армии.

Бывшим военнослужащим, ставшим инвалидами в связи с заболеванием, увечьем (ранением, контузией), послужившим причиной увольнения из армии, ВТЭК устанавливает причину инвалидности в точном соответствии с заключением ВВК. Так же поступает ВТЭК и в случае, если бывший военнослужащий в период службы в армии проходил медицинское освидетельствование в ВВК и имел какие-либо ограничения по заболеванию, последствиям ранения (увечья, контузии). ВТЭК не может менять формулировку ВВК. Причину заболевания ВВК записывает в свидетельстве о болезни, которое выдается военнослужащему при демобилизации его из армии. В тех

<sup>1</sup> Бабкин В. А., Смирнова Г. Б. Комментарий к Положению о порядке назначения и выплаты государственных пенсий. М., 1975, с. 105—106.

<sup>2</sup> Закон о государственных пенсиях, принятый 14 июля 1956 г., ст. 21 и 22. Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 137—138.

случаях, когда ВТЭК не согласна с записью ВВК или в постановлении ВВК нет записи о причинной связи заболевания, увечья (ранения, контузии), или при отсутствии военно-медицинских документов (при наличии данных об ограничениях в связи с заболеванием в период службы в армии или увольнения из армии по болезни), документы направляются в окружную военно-врачебную комиссию (ОВВК).

Бывшим военнослужащим, уволенным из армии по иным причинам, не имеющим заключения ВВК, при наступлении инвалидности в первые 3 мес после демобилизации вследствие острого заболевания, увечья или бытовой травмы причина инвалидности устанавливается без военно-медицинских документов как «полученная в период прохождения военной службы, но не связанная с исполнением обязанностей военной службы»<sup>1</sup>.

Военнослужащим, уволенным из армии не по состоянию здоровья и признанным инвалидами в связи с заболеванием, ранением, контузией или увечьем, имевшими место в период службы в армии, причину инвалидности, не ограничиваясь сроками обращения, устанавливает ВТЭК. Формулировки причин приведены в начале данного раздела.

Причину инвалидности бывшим военнослужащим ВТЭК устанавливает при прогрессировании, осложнении или отдаленных последствиях заболевания, ранения или контузии, имевших место в период службы в армии. Причинная связь со службой в армии устанавливается на основании военно-медицинских документов, подтверждающих наличие заболевания (ранения, увечья, контузии) в период службы в армии, и военных документов об условиях службы. При ранении в бою в военное время и при защите государственных границ в мирное время причиной инвалидности устанавливается «ранение (контузия, увечье), полученное при защите СССР». Военнослужащий в данном случае представляет военно-медицинский документ, подтверждающий факт ранения или контузии, и военные документы о пребывании в действующей армии. Аналогичные документы о наличии заболевания в период пребывания в действующей армии требуются и для установления причины инвалидности: «заболевание, полученное на фронте». Бывшим военнопленным, партизанам устанавливается причина «получено на фронте». При наступлении инвалидности вследствие ранения, полученного при выполнении обязанностей военнослужащего, во время служебной командировки, выполнения государственных, общественных или специальных заданий, выполнении воинского долга или иных обязанностей военной службы устанавливается причина «ранение (контузия, увечье), полученное при исполнении иных обязанностей военной службы». Такую же формулировку получают и бывшие военнослужащие, у которых инвалидность наступила в связи с выполнением донорских функций.

В тех же случаях, когда инвалидность наступила в связи с несчастным случаем, не связанным с исполнением обязанностей военной службы, но в период прохождения военной службы, устанавливается причина «ранение (контузия, увечье), не связанное с исполнением обязанностей военной службы». Эта формулировка предусматривает,

<sup>1</sup> Врачебно-трудовая экспертиза / Сборник законодательных и методических материалов под ред. А. Ф. Третьякова. М., 1959, с. 52.

что инвалидность наступила в связи с прохождением военной службы.

В акте освидетельствования необходимо записать все те военно-медицинские и военные документы, на основании которых устанавливается причинная связь.

Особенно сложно установить причинную связь инвалидности с пребыванием на фронте при утрате военно-медицинских документов, при неправильном или неполном оформлении их. В этом случае право установления причинной связи после всестороннего медицинского обследования больного предоставлено высшим ВТЭК. В сложных случаях такое обследование должно быть проведено в условиях стационара, в специализированных медицинских учреждениях.

Республиканским, краевым, областным и центральным городским ВТЭК предоставлено право определения причинной связи с пребыванием на фронте в следующих случаях отсутствия военно-медицинских документов или ненадлежащего оформления их<sup>1</sup>:

1. При хронических, медленно прогрессирующих заболеваниях, которые не были выявлены в период прохождения военной службы, причинная связь может быть установлена при представлении медицинских документов, подтверждающих факт обращения за медицинской помощью по поводу данного заболевания в первые 5 лет после увольнения из Вооруженных Сил СССР или же при наличии в военно-медицинских документах отдельных симптомов этого заболевания.

2. При последствиях ранения, контузии, увечья, если об этом в военно-медицинском документе, составленном в годы войны, имеется запись в графе «анамнез» или в графе «диагноз» и перечислены отдельные симптомы заболевания, приведшего впоследствии к инвалидности.

3. При последствиях черепно-мозговой травмы, если в военно-медицинских документах имеются указания на ранения головы, шеи или множественного осколочного ранения любой локализации, одновременно полученного. Наличие 2 и более осколков свидетельствует о множественном характере ранения.

4. При наличии в военно-медицинском или ином военном документе записи о тяжелом ранении («тяжелое ранение»), которое в последующем привело к инвалидности.

В перечисленных выше случаях военнослужащий представляет военные документы, подтверждающие его службу в действующей армии и, как правило, медицинские документы о состоянии здоровья после увольнения из Вооруженных Сил СССР.

Если причинная связь устанавливается на основании клинических данных, при отсутствии военно-медицинских документов, в актах освидетельствования и в выписках из актов обязательно производится запись «без военно-медицинских документов на основании клинических данных».

Точно так же проводится освидетельствование бывших партизан. При наличии у бывших партизан Отечественной войны явных последствий ранения факт их получения подтверждают командир и медицинский работник, оказывавший медицинскую помощь. Свиде-

<sup>1</sup> Инструкция о порядке установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте. Утверждена Госкомитетом по труду и социальным вопросам и М-вом здравоохранения СССР от 3 июля 1975 г. № 1690-СН.

тели представляют нотариально заверенные свидетельские показания и документы, подтверждающие факт своего пребывания в партизанском отряде.

Бывшие военнопленные освидетельствуются высшими ВТЭК. Они представляют справки военкоматов с указанием даты призыва на военную службу и увольнения, времени пребывания в плену, даты прохождения воинского переучета, о годности к военной службе при демобилизации, справки медицинских учреждений об обращении за медицинской помощью в первые 5 лет после демобилизации.

При отсутствии у бывших военнослужащих, в том числе и у бывших военнопленных, данных об освидетельствовании в ВВК в период службы в Вооруженных Силах, но при наличии последствий телесных повреждений, независимо от причины увольнения из армии, вопрос о связи полученных ранений с пребыванием на фронте решается в ВВК при военкомате с участием судебно-медицинского эксперта. Решение ВВК в дальнейшем утверждается окружной военно-врачебной комиссией.

Причина инвалидности, связанная с пребыванием на фронте, при повышении группы инвалидности вследствие присоединившихся новых заболеваний не меняется, даже если последствия ранения (контузии, увечья, заболевания) к моменту очередного освидетельствования не ограничивают трудоспособности.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ НАСТУПЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ<sup>1</sup>

Первичные ВТЭК общего и специализированного профиля по направлению органов социального обеспечения при наличии медицинских документов, характеризующих течение заболевания, степень нарушения функции, устанавливают утрату трудоспособности за прошлое время. ВТЭК устанавливает время наступления инвалидности и группу инвалидности в период времени, указанного в направлении отдела социального обеспечения.

При невозможности определения времени наступления инвалидности днем наступления инвалидности считается день ее установления. В Справке ВТЭК и выписке из Акта освидетельствования указывается о наступлении инвалидности I и II групп в период работы (времени, указанного в направлении отдела социального обеспечения). При невозможности вынесения подобного решения в справке и в выписке указывается о невозможности установить время наступления инвалидности I и II групп за прошлое время. Справка ВТЭК и выписка из Акта освидетельствования в данном случае выдаются лишь при наличии в момент освидетельствования инвалидности I и II групп.

При невозможности установления времени наступления инвалидности и отсутствия на момент освидетельствования инвалидности I и II групп ВТЭК сообщает об этом органу социального обеспечения, направившего инвалида во ВТЭК.

<sup>1</sup> Письмо министра социального обеспечения РСФСР от 14 декабря 1956 г. № 1-875-9. — В кн.: Врачебно-трудовая экспертиза/Сборник законодательных и методических материалов под ред. А. Ф. Третьякова, М., 1959, с. 75—76.

## УСТАНОВЛЕНИЕ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ РАБОЧИМИ И СЛУЖАЩИМИ, ПОЛУЧИВШИМИ УВЕЧЬЕ ЛИБО ИНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННОЕ С ИХ РАБОТОЙ, ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ВОЗМЕЩЕНИЯ ПРИЧИНЕННОГО УЩЕРБА

Действующее законодательство СССР обязывает администрацию предприятий, учреждений, организаций принимать меры, устраняющие производственный травматизм и профессиональные заболевания<sup>1</sup>. Если в результате нарушения администрацией правил по охране труда (правил по технике безопасности, санитарных норм и правил и др.) рабочий или служащий получит трудовое увечье или профессиональное заболевание, то предприятие (учреждение, организация) несет административную, уголовную и материальную ответственность за ущерб, причиненный работнику увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением им своих трудовых обязанностей<sup>2</sup>.

Важнейшими из правовых актов, регулирующих основания и порядок возмещения рабочему или служащему ущерба, являются: Конституция СССР и Конституции союзных и автономных республик, Основы законодательства Союза ССР и союзных республик (о здравоохранении, о труде, гражданского законодательства). Указанные законы получают дальнейшее развитие и конкретизацию в соответствующих кодексах союзных республик, а также в специальных нормативных актах, содержащих процессуальные, процедурные и материальные нормы. К ним относятся: указ Президиума Верховного Совета СССР от 2 октября 1961 г. «О порядке рассмотрения споров о возмещении предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой»<sup>3</sup>; Правила возмещения предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой»<sup>4</sup>; постановление Пленума Верховного Суда СССР от 23 октября 1963 г. № 16, с изменениями и дополнениями от 30 марта 1973 г. «О судебной практике по искам о возмещении вреда»<sup>5</sup>; постановление Совета Министров СССР от 9 октября 1961 г. № 921 «О Правилах возмещения предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой»<sup>6</sup>; Методические указания о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) при освиде-

<sup>1</sup> КЗОТ РСФСР, ст. 143.

<sup>2</sup> Основы законодательства о труде, ст. 67.

<sup>3</sup> Ведомости Верховного Совета СССР, 1961, № 41, ст. 420.

<sup>4</sup> Утверждены постановлением Госкомтруда СССР и Президиумом ВЦСПС от 22 декабря 1961 г. № 483/25, с изменениями и дополнениями от 3 сентября 1963 г., 28 августа 1968 г., 4 апреля 1972 г. — Бюлл. Госкомтруда СССР, 1962, № 1; 1963, № 10; 1968, № 11; 1972, № 6.

<sup>5</sup> Бюлл. Верховного Суда СССР, 1963, № 6; 1973, № 3.

<sup>6</sup> СП СССР, 1961, № 15, ст. 119.

тельствования во ВТЭК рабочих и служащих, получивших увечье либо иные повреждения здоровья, связанные с их работой<sup>1</sup>; «О некоторых вопросах определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) рабочим и служащим, получившим увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой»<sup>2</sup>.

Жизнь и здоровье граждан охраняются Конституцией СССР (ст. 21, 42, 43), а также другими юридическими актами, указанными выше. В соответствии с действующим законодательством, «вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный организации, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред» (ст. 88 Основ гражданского законодательства).

Под вредом понимается умаление какого-либо блага, например уничтожение имущества, принадлежащего личности или организации. Причинивший вред имуществу должен возместить убытки потерпевшему в натуральной либо в денежно-компенсационной форме. Особое понятие вреда и порядка возмещения убытков лицам в случае причинения им увечья или иного ущерба здоровью, связанного с их работой, предусмотрено гражданским и трудовым законодательством СССР. Каждый трудоспособный гражданин СССР обязан трудиться. Единственным источником дохода, источником средств существования для него и его семьи является труд. Потеря трудоспособности для него является «умалением благ» — лишением возможности и права на получение заработной платы (или получения пособия по временной нетрудоспособности в установленном законом размере), а в случае смерти наносится ущерб его семье.

«Основами гражданского законодательства СССР и союзных республик»<sup>3</sup> (ст. 91) установлена ответственность за повреждение здоровья и смерть гражданина, за которое причинивший вред обязан уплачивать страховые взносы (Гражданский кодекс РСФСР, ст. 459, 460). В соответствии со ст. 67 КЗОТ «предприятия, учреждения, организации несут в соответствии с законодательством Союза ССР и союзных республик материальную ответственность за ущерб, причиненный рабочим и служащим увечьем или иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими своих трудовых обязанностей»<sup>4</sup>.

Порядок рассмотрения споров по упомянутому вопросу определен Указом Президиума Верховного Совета СССР от 2 октября 1961 г.<sup>5</sup> В п. 1 этого Указа говорится: «Установить, что в случае причинения по вине предприятия, учреждения, организации рабочему или служащему увечья либо иного повреждения здоровья, связанного с его работой, возмещение причиненного рабочему или служащему ущерба производится по решению администрации предприятия, учреждения, организации».

П. 2 названного Указа устанавливает, что «в случае смерти рабочего или служащего в результате увечья либо иного повреждения здоровья, связанного с работой и происшедшего по вине админи-

<sup>1</sup> Утверждены Приказом министра социального обеспечения РСФСР от 24 января 1972 г. № 8.

<sup>2</sup> Инструктивное письмо Министерства социального обеспечения РСФСР от 25 ноября 1977 г. № 1-195-И.

<sup>3</sup> Ведомости Верховного Совета СССР, 1961, № 50, ст. 525.

<sup>4</sup> Ведомости Верховного Совета СССР, 1970, № 29, ст. 265.

<sup>5</sup> Там же, 1961, № 41, ст. 420.

страции предприятия, учреждения, организации, возмещение ущерба нетрудоспособным лицам, состоявшим на его иждивении (или имевшим ко времени смерти рабочего и служащего право на получение от него содержания), производится в порядке, установленном ст. 1 настоящего Указа».

Если заинтересованное лицо (потерпевший) не согласно с решением администрации, спор рассматривается фабричным, заводским, местным комитетом профсоюза. При несогласии заинтересованного лица или администрации с постановлением фабричного, заводского, местного комитета профсоюза, а также в случае отсутствия на предприятии, в учреждении, организации комитета профсоюза спор о возмещении причиненного ущерба рассматривается народным судом. Администрации предоставлено право обратиться в народный суд в течение 10 дней со дня получения постановления профсоюзного комитета.

При невыполнении администрацией постановления профсоюзного комитета постановление приводится в исполнение принудительным порядком, установленным для исполнения судебных решений.

Правила возмещения предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой, регулируются постановлением Государственного комитета Совета Министров СССР по вопросам труда и заработной платы и Президиума ВЦСПС от 22 декабря 1961 г., с последующими изменениями и дополнениями.

Указанные Правила устанавливают, что предприятия, учреждения, организации несут материальную ответственность за ущерб, причиненный рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой и происшедшим: а) на территории предприятия, учреждения, организации; б) вне территории предприятия, учреждения, организации при выполнении ими своих трудовых обязанностей, а также во время следования к месту работы и с работы на транспорте предприятия, учреждения, организации. Такая ответственность наступает, если увечье либо иное повреждение здоровья рабочего или служащего имело место по вине предприятия, учреждения, организации.

Следовательно, условиями ответственности за причинение вреда (ущерба) являются: а) наличие ущерба, носящего имущественный характер, когда могут быть возмещены материальные убытки потерпевшего (например, потеря заработка полностью или частично); б) противоправность действия (или бездействия) причинившего ущерб (например, нарушение администрацией предприятия правил по охране труда, повлекшее травматизм работника); в) причинная связь между противоправным действием и причинением ущерба. Если ущерб не находится в причинной связи с противоправным действием, то такое действие не влечет обязанности по возмещению ущерба; г) вина предприятия. Под виной понимается несоблюдение администрацией предприятия безопасных условий труда.

Отсутствие хотя бы одного из названных условий не влечет за собой указанной ответственности предприятия, учреждения, организации.

В Правилах (п. 2) говорится, что «вина предприятия, учреждения, организации в причинении рабочему или служащему увечья либо иного повреждения здоровья, связанного с его работой, устанавливается с учетом конкретных обстоятельств и имеющихся доказательств по каждому случаю».

К таким доказательствам, в частности, относятся: «а) акт о не-



частном случае, связанном с производством; б) обвинительный приговор суда; в) постановление следственных органов или суда о прекращении уголовного дела за малозначительностью или в связи с актом об амнистии; г) постановление о наложении административного взыскания (штрафа) органами (должностными лицами), осуществляющими контроль и надзор за состоянием охраны труда, или исключение этих органов (должностных лиц) о причинах увечья либо иного повреждения здоровья; д) приказ о наложении дисциплинарного взыскания на конкретных виновников данного увечья либо иного повреждения здоровья; е) постановление фабричного, заводского, местного комитета профсоюза о возмещении предприятием, учреждением, организацией бюджету государственного социального страхования расходов на выплату рабочему или служащему пособия по временной нетрудоспособности в связи с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием».

Кроме приведенных в п. 2 Правил доказательств вины причинителя вреда, могут быть использованы и другие доказательства, например свидетельские показания, приказы и материалы служебного расследования и др.

Администрация, ФЗМК, суды должны в каждом конкретном случае глубоко и подробно изучить все обстоятельства данного случая<sup>1</sup>.

Установление степени утраты трудоспособности (в процентах) рабочим и служащим, получившим увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой, для определения размера возмещения причиненного ущерба Совет Министров СССР постановлением от 9 октября 1961 г. № 921 возложил на ВТЭК, находящиеся в ведении Министерства социального обеспечения союзной республики<sup>2</sup>. Приказом № 8 от 24 января 1972 г. МСО РСФСР утверждены Методические указания о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) при освидетельствовании во ВТЭК рабочих и служащих, получивших увечье<sup>3</sup> либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой.

Согласно ст. 3 Правил, возмещение ущерба состоит в выплате потерпевшему денежных сумм в размере его заработка, которого он лишился вследствие утраты трудоспособности от данного увечья либо иного повреждения здоровья, а также других расходов, связанных с причиненным работнику ущербом. Размер возмещения ущерба определяется в зависимости от степени утраты работником профессиональной трудоспособности, т. е. способности к труду по своей профессии, и в соответствующих случаях — общей трудоспособности, т. е. способности к неквалифицированному труду, а также в зависимости от размера его ежемесячного заработка и пенсии, назначенной в связи с данным увечьем либо иным повреждением здоровья.

В случае частичной потери профессиональной трудоспособности потеря общей трудоспособности во внимание не принимается, и размер возмещения ущерба определяется частью среднемесячного заработка потерпевшего, соответствующей потере им профессиональной

<sup>1</sup> Булл. Госкомтруда, 1961, № 1; 1968, № 11; 1969, № 10.

<sup>2</sup> СП СССР, 1961, № 15, ст. 119.

<sup>3</sup> Под увечьем понимается нарушение функций органов человека, вызванное травмой, полученной в связи с выполняемой работой. Под иным повреждением здоровья имеются в виду профессиональные заболевания, отравления, ожоги и т. п.

трудоспособности (в процентах), за вычетом пенсии, назначенной в связи с данным увечьем либо иным повреждением здоровья.

Например, в результате несчастного случая потерпевший утратил профессиональную трудоспособность на 70% и общую трудоспособность на 40%. Его средний заработок до увечья составлял 100 р. в месяц. В связи с увечьем ему назначена пенсия 50 р. в месяц. Размер возмещения ущерба составит: потеря заработка — 70% от 100 р. = 70 р.; часть понесенного ущерба возмещается назначенной ему пенсией в сумме 50 р. Следовательно, размер возмещаемой другой части ущерба будет равен 70 р. — 50 р., т. е. 20 р. в месяц.

В случае полной потери (100%) профессиональной трудоспособности и частично общей трудоспособности размер возмещения равен среднемесячному заработку потерпевшего за вычетом части минимального заработка, соответствующей сохранившейся у него общей трудоспособности.

*Пример.* В результате несчастного случая потерпевший утратил профессиональную трудоспособность полностью (100%) и общую трудоспособность — на 60%. Его среднемесячный заработок до увечья был 100 р. Для определения утраченного заработка надо из среднемесячного заработка вычесть 40% минимального заработка неквалифицированного рабочего, установленного для данной местности (60 р.), т. е. 24 р. (40% от 60 р. = 24 р.). 100 р. — 24 р. = 76 р. Но потерпевшему назначена пенсия в связи с данным увечьем 60 р. Следовательно, дополнительное возмещение вреда предприятием будет составлять 16 р. (76 р. — 60 р. = 16 р.).

Степень утраты трудоспособности потерпевшим рабочим или служащим определяется ВТЭК в процентах с учетом только последствий данного увечья или иного повреждения здоровья; другие дефекты или заболевания, имеющиеся у потерпевшего, не учитываются. Если увечье или иное повреждение здоровья произошло вне связи с работой, заключение о нарушении трудоспособности потерпевших дают судебно-медицинские экспертные комиссии органов здравоохранения<sup>1</sup>.

Под профессиональной трудоспособностью, как было сказано, понимается способность работника к труду по своей профессии или другой, равной ей по квалификации и оплате. Могут быть случаи, когда потерпевший имеет не одну, а несколько профессий или специальностей в рамках одной и той же профессии. Например, будучи по профессии слесарем, он имеет специальность слесаря по ремонту оборудования или слесаря-сборщика, слесаря-лекальщика и др. В этих случаях следует установить, какая профессия и специальность является основной. При этом основной следует считать ту профессию и специальность, которая предшествовала данному повреждению здоровья или в которой имеется более продолжительный стаж работы. Основной профессией может считаться и та, в которой достигнута наивысшая квалификация, или та, которая получена путем специального образования. При решении вопроса об основной профессии ВТЭК должна учитывать все конкретные обстоятельства данного случая и профессиональный маршрут потерпевшего.

<sup>1</sup> Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений, согласованные с Прокуратурой СССР, Верховным Судом СССР, М-вом юстиции СССР, М-вом внутренних дел СССР и Комитетом государственной безопасности СССР (Приказ М-ва здравоохранения СССР от 11 декабря 1978 г. № 1208).

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности ВТЭК должна глубоко анализировать и тщательно оценивать трудовые возможности потерпевшего и определить процент утраты трудоспособности в зависимости от степени и характера нарушения функций организма, возникших в результате увечья или иного повреждения здоровья, учитывать возможности потерпевшего выполнять в той или иной степени работу по своей основной профессии или работу, равную ей по квалификации и оплате. ВТЭК должна также иметь в виду, что одни и те же повреждения здоровья могут повлечь за собой разные степени нарушения трудоспособности для лиц разных профессий и специальностей. Методические указания МСО РСФСР предлагают утрату профессиональной трудоспособности (в процентах) определять, исходя из степени выраженности нарушения функций поврежденного органа и системы. При этом следует учитывать 3 степени нарушения функции: а) при значительно выраженных нарушениях или полной утрате функций — от 70 до 100%; б) при умеренно выраженных — от 40 до 70%; в) при незначительно выраженных нарушениях функций — от 10 до 40%.

Принимая во внимание степень выраженности нарушенных функций при определении процента утраты трудоспособности, следует учитывать и возможность выполнения работы в обычных или специально созданных условиях по своей основной профессии или близкой ей по характеру трудовых функций и по квалификации, а также возможность снижения заработка.

В целях возвращения к полноценному труду лиц молодого и среднего возраста до 40—45 лет при определении степени утраты трудоспособности надо учитывать возможность переобучения потерпевшего новой профессии и специальности, равноценной по квалификации прежней. Лицам, которым всякий труд противопоказан даже в специально созданных условиях, ВТЭК может установить 100% утраты профессиональной трудоспособности. Но если данное лицо может выполнять работу лишь в специально созданных условиях, утрата профессиональной трудоспособности может устанавливаться в пределах 70—80%. При этом следует учитывать и возможность обеспечения потерпевшего работой в специально созданных условиях в данной местности.

При определении степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности по основной профессии и специальности могут быть выявлены возможности выполнять работу по другой специальности той же профессии, но более низкой квалификации. В подобных случаях утрата трудоспособности может составлять от 40 до 60%. Однако имеют место факты, когда лицам, признаваемым инвалидами III группы по этому критерию, проценты утраты профессиональной трудоспособности определялись в размерах ниже предусмотренных.

Но если потерпевший в результате полученного повреждения здоровья может выполнять работу по своей профессии в меньшем объеме или нижеоплачиваемую, в связи с чем ему определена III группа инвалидности по критерию п. «б» раздела IV Инструкции, утрата профессиональной трудоспособности устанавливается не выше 30—40%. В тех случаях, когда утрата трудоспособности определяется для лиц, выполнявших неквалифицированный тяжелый физический труд, хорошо выполняемый, но сохранивших способность выполнять более легкий физический труд, хотя и нижеоплачиваемый, она устанавливается в пределах 30—40%.

При выраженных анатомических дефектах утрата профессиональной трудоспособности в процентах устанавливается в тех случаях, когда этот дефект приводит к изменению профессиональной деятельности и снижению заработка. Если пострадавший по указанным причинам вынужден оставить свою основную профессию и перейти на работу значительно ниже по квалификации, устанавливается 40 — 60% утраты профессиональной трудоспособности. Но если пострадавший при наличии выраженного дефекта может продолжать работу по своей профессии в облегченных условиях или с небольшим сокращением объема работы, или может ее выполнять, хотя и с большим напряжением, чем прежде, утрата профессиональной трудоспособности определяется не выше 30—40%.

В случаях, когда нарушения трудоспособности дают основание для установления одной из групп инвалидности, ВТЭК, наряду с определением утраты профессиональной трудоспособности в процентах, устанавливает группу, причину инвалидности, определяет доступные инвалиду условия и характер труда, руководствуясь действующими инструкциями и положениями по врачебно-трудоу экспертизе. Но если последствия увечья или иного повреждения здоровья не могут служить основанием для установления группы инвалидности, и по состоянию здоровья потерпевший нуждается в предоставлении лишь незначительных ограничений в труде, что приводит иногда к небольшому снижению заработка, утрата профессиональной трудоспособности устанавливается не выше 25% (Методические указания, п. 6, раздел II).

Допускаются ошибки при определении степени утраты профессиональной трудоспособности у механизаторов колхозов, а также при наличии одновременно двух и более заболеваний, одно из которых — пневмококиоз. При выявлении у работающих нескольких профессиональных заболеваний, одно из которых — пневмококиоз, установление инвалидности по пневмококиозу не является основанием для отказа в определении степени утраты трудоспособности (в процентах) по другим профзаболеваниям. Рабочие и служащие, утратившие трудоспособность в связи с заболеванием пневмококиозом, обеспечиваются в порядке, установленном Указом Президиума Верховного Совета СССР от 26 июня 1959 г.<sup>1</sup> При последствиях нескольких травм либо иных повреждений здоровья, связанных с работой, полученных на одном и том же предприятии, степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) определяется суммарно в пределах тех размеров, которые соответствуют оценке состояния трудоспособности в связи с вызванными нарушениями. Если повреждение здоровья, травмы получены на разных предприятиях, степень утраты профессиональной трудоспособности определяется раздельно по каждому из них.

Председатели, специалисты и механизаторы колхозов являются членами колхозов, поэтому вопрос об определении им степени утраты трудоспособности (в процентах) по последствиям увечья или иного повреждения здоровья решает судебно-медицинская экспертиза органов здравоохранения.

<sup>1</sup> Ведомости Верховного Совета СССР, 1959, № 26, ст. 146. См. также постановление Совета Министров СССР от 21 ноября 1973 г. № 852 (СП СССР, 1973, № 25, ст. 143), Указ Президиума Верховного Совета СССР от 21 ноября 1973 г. Ведомости Верховного Совета СССР, 1973, № 48, ст. 678. См. указанное выше Инструктивное письмо МСО РСФСР от 25 ноября 1977 г. № 1-195-И.

Важное значение имеет установление утраты трудоспособности (в процентах) за прошлое время и время наступления инвалидности. Действующим законодательством никаких сроков давности для обращения за возмещением ущерба не установлено. Выплата суммы в возмещение ущерба при обращении к администрации предприятия, учреждения, организации потерпевшим рабочим и служащим производится со дня причинения увечья либо иного повреждения здоровья; лицам нетрудоспособным, имеющим право на возмещение ущерба в связи со смертью кормильца, — со дня его смерти. Однако, если обращение потерпевших произошло по истечении 3 лет со дня увечья либо иного повреждения здоровья или со дня смерти кормильца, то возмещение выплачивается со дня обращения к администрации предприятия (учреждения, организации).

В соответствии со сказанным устанавливается и задача ВТЭК по определению времени наступления нетрудоспособности и ее степени (в процентах). Так, в случае первичного обращения за возмещением ущерба до истечения 3 лет ВТЭК устанавливает степень утраты профессиональной и общей трудоспособности (в процентах) со дня причинения увечья.

В случаях же первичного обращения по истечении 3 лет со дня причинения ущерба здоровью ВТЭК устанавливает степень утраты трудоспособности со дня обращения к администрации. Степень утраты трудоспособности (в процентах) за прошлое время в этом случае ВТЭК не устанавливает.

Несколько иначе определяется порядок продления платежей в возмещение ущерба при повторном обращении. В указанных случаях продление платежей производится со дня окончания предыдущих платежей, независимо от времени обращения заинтересованных лиц к администрации. При этом за прошлое время суммы в возмещение ущерба выплачиваются при том условии, что ВТЭК подтвердила наличие у потерпевшего утраты трудоспособности за этот период. Таким образом, решение ВТЭК имеет большое юридическое значение, определяющее право потерпевших на получение возмещения в определенных размерах и за определенный период времени в прошлом в случаях пропуска сроков переосвидетельствования, независимо от длительности пропущенного времени.

**Дополнительные виды возмещения.** В соответствии с п. 4 Правил возмещения ущерба, причиненного работнику, предприятие (учреждение, организация) возмещает ему не только утраченный заработок, но и другие расходы, связанные с необходимостью ликвидировать последствия, вызванные увечьем либо иным повреждением здоровья. Указанные расходы возмещаются только в том случае, если ВТЭК признает потерпевшего нуждающимся в этих видах помощи в связи с повреждением здоровья вследствие несчастного случая на производстве и, кроме того, если потерпевший не получил их бесплатно от других предприятий (учреждений, организаций).

В числе дополнительных видов возмещения следует прежде всего называть расходы на посторонний уход, если ВТЭК признает потерпевшего нуждающимся в таком уходе. Для лиц, признанных инвалидами I группы, такого заключения ВТЭК не требуется, так как факт признания данного лица инвалидом I группы свидетельствует о том, что оно нуждается в посторонней помощи и уходе.

Расходы на посторонний уход возмещаются в размере среднего заработка домашней работницы в данной местности. В тех случаях, когда ВТЭК придет к заключению о нуждаемости потерпевшего в

специализированном медицинском уходе, расходы на данный уход возмещаются в размере заработка санитарки.

Если потерпевший окажется не в состоянии обслужить себя в быту, т. е. выполнять домашнюю работу, ВТЭК, при обращении к ней администрации предприятия, учреждения и организации фабричного, заводского, местного комитета профсоюза или народного суда, выносит решение о нуждаемости потерпевшего в бытовом уходе. Расходы на бытовой уход могут определяться либо путем подсчета среднемесячной суммы необходимых расходов, либо в размере половины среднего заработка домашней работницы в данной местности.

Дополнительным видом возмещения ущерба являются расходы на протезирование. ВТЭК выносит решение о нуждаемости в тех или иных видах протезной помощи по мере износа протезно-ортопедических изделий на основании представленных потерпевшим счетов государственных протезных предприятий. В некоторых случаях потерпевшему могут возместить расходы на оплату мотоколясок. Решение ВТЭК о нуждаемости потерпевшего в мотоколяске может быть принято на основании заключения специалистов лечебных учреждений о том, что потерпевший не поддается каким-либо видам протезирования вследствие наличия пороков и болезней культей, а также других выраженных заболеваний нижних конечностей. В решении ВТЭК должно быть указано, что у потерпевшего при данных повреждениях здоровья нет противопоказаний к получению мотоколяски.

Заключение о нуждаемости потерпевших в связи с данным увечьем либо иным повреждением здоровья в специальных средствах передвижения (мотоколяска) имеют право вынести только республиканские (АССР), краевые, областные, Московская и Ленинградская центральные городские ВТЭК. При этом для направления в высшую экспертную комиссию не требуется повторное письмо администрации предприятия, учреждения, организации, ФЗМК или народного суда, а также акт или другой официальный документ о несчастном случае, связанном с производством. Указанные документы необходимы лишь при направлении в первичную ВТЭК, которая, наряду с решением вопроса о степени утраты трудоспособности (в процентах), по собственной инициативе выносит заключение и о нуждаемости в других видах возмещения ущерба. При наличии заболеваний (дефектов), значительно затрудняющих ходьбу и стояние, материалы экспертизы и письмо первичной ВТЭК (произвольной формы) с указанием содержания вышеназванных документов, подробных данных из ф. 88 следует представить в высшую экспертную комиссию для решения вопроса о нуждаемости в специальных средствах передвижения (мотоколясок).

Республиканские (АССР), краевые, областные, Московская и Ленинградская центральные городские ВТЭК вопрос о медицинских показаниях на получение мотоколяски и противопоказаниях, препятствующих допуску к управлению специальными транспортными средствами, рассматривают в соответствии с действующими нормативными документами по этим вопросам и оформляют акт установленной формы.

Выписка из акта освидетельствования о принятом экспертном решении выдается на руки потерпевшему рабочему или служащему, и один экземпляр высылается администрации предприятия, учреждения, организации, ФЗМК или народному суду, направившим его на освидетельствование. Экспертно-медицинские документы, поступившие от первичной ВТЭК, возвращаются по миновании надобности.

При решении вопроса о нуждаемости в специальных транспортных средствах следует иметь в виду, что в соответствии с п. 16 постановления Пленума Верховного Суда СССР от 23 октября 1963 г. «О судебной практике по искам о возмещении вреда» (в редакции постановления Пленума Верховного Суда СССР от 30 марта 1973 г. № 6), если по заключению ВТЭК потерпевший нуждается в специальных средствах передвижения, суд, при наличии условий, определяющих по закону ответственность причинителя вреда, вправе обязать ответчика возместить потерпевшему расходы на приобретение мотоцикла. Если в этих случаях потерпевший приобретает на свои средства автомашину, суд вправе взыскать с причинителя вреда понесенные потерпевшим расходы в пределах стоимости мотоцикла (приказ по Министерству социального обеспечения РСФСР от 3 мая 1973 г. № 55).

Расходы на санаторно-курортное лечение возмещаются по заключению ВТЭК о нуждаемости в санаторно-курортном лечении. ВТЭК определяет нуждаемость в этом только по прямым последствиям несчастного случая или иного повреждения здоровья потерпевшего, связанного с его работой. В порядке возмещения ущерба потерпевшему либо предоставляется бесплатная путевка, либо оплачиваются ее стоимость и стоимость проезда в санаторий и обратно. В тех случаях, когда потерпевший не может следовать в санаторий самостоятельно, ВТЭК вправе вынести решение о нуждаемости в сопровождающем. Это решение ВТЭК служит основанием к возмещению расходов по проезду сопровождающего. Но если ВТЭК установит нуждаемость в санаторно-курортном лечении потерпевшего вне связи с данным повреждением здоровья, то заключения о нуждаемости в нем ВТЭК не дает, а большой обеспечивается путевкой в обычном порядке.

По заключению ВТЭК могут возмещаться другие расходы, если они связаны с данным повреждением здоровья: расходы на дополнительное питание, оплата стоимости медикаментов, проведение лечебных процедур и т. п. Размер сумм для возмещения расходов на дополнительное питание определяется стоимостью рациона, рекомендованного потерпевшему лечебными учреждениями или медицинскими научными организациями. Стоимость продуктов, входящих в месячный рацион, определяется по государственному розничным ценам по справке, полученной администрацией и ФЗМК из рай(гор)-торготдела (Правила, п. 15; постановление Пленума Верховного Суда СССР от 23 октября 1963 г. № 16, с последующими изменениями и дополнениями)<sup>1</sup>.

В случаях, когда потерпевший в связи с увечьем либо иным повреждением здоровья временно переводится на нижеоплачиваемую работу, ему до восстановления трудоспособности или до установления инвалидности, или установления утраты трудоспособности в процентах выплачивается разница между прежним заработком и новым заработком по нижеоплачиваемой работе<sup>2</sup>.

Если полученное потерпевшим увечье либо иное повреждение здоровья не допускает возможности дальнейшего использования его на прежней работе, администрация, по просьбе потерпевшего, обязана обеспечить за счет предприятия, учреждения, организации обучение его новой профессии в соответствии с рекомендацией ВТЭК. За время обучения новой профессии, но не более чем в течение 3 мес, потерпевшему выплачивается средний заработок по прежней работе за

<sup>1</sup> Бюлл. Верховного Суда СССР, 1963, № 5; 1973, № 3.

<sup>2</sup> См. указанные Правила возмещения ущерба, п. 3.

вычетом получаемой пенсии, заработка или стипендии в период обучения. В этот период выплата установленной суммы возмещения ущерба не производится<sup>1</sup>.

**Круг лиц, принимаемых на освидетельствование во ВТЭК для определения размера возмещения причиненного ущерба.** В соответствии с указанными выше правилами и методическими указаниями Министрства социального обеспечения РСФСР ВТЭК принимают на освидетельствование и дают заключение о степени потери трудоспособности только тех рабочих и служащих, которые получили увечье или иное повреждение здоровья, связанное с их работой. Определение степени утраты трудоспособности (в процентах) необходимо для установления размера возмещения ущерба.

Члены колхоза, в случае причинения ущерба их здоровью в связи с работой, для определения степени утраты трудоспособности (в процентах) принимаются на освидетельствование органами судебно-медицинской экспертизы, а не врачебно-трудовой экспертизы.

Рабочие и служащие, осужденные к исправительно-трудовым работам и отбывающие их по месту, назначенному органами МВД СССР или по месту своей работы, подлежат освидетельствованию во ВТЭК. Точно так же лица, страдающие хроническим алкоголизмом, помещенные в лечебно-трудовые профилактории по постановлению суда для прохождения полного курса специального лечения, в случае получения увечья либо иного повреждения здоровья, связанного с работой, для определения степени утраты трудоспособности (в процентах) проходят освидетельствование во ВТЭК, поскольку пребывание их в лечебно-трудовом профилактории не является мерой наказания, а способом лечения и трудового перевоспитания.

Граждане, отбывающие наказание в местах заключения, при несчастных случаях на производстве проходят освидетельствование для установления степени утраты трудоспособности (в процентах) в органах судебно-медицинской экспертизы, так как они не состоят в трудовых отношениях с местами заключения и не являются рабочими и служащими.

Лица, осужденные условно к лишению свободы с обязательным привлечением к труду (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 12 июня 1970 г.), пользуются всеми правами граждан СССР, и на них распространяется трудовое законодательство (с некоторыми ограничениями). По прибытии к месту работы условно осужденные освобождаются из-под стражи и закрепляются на работе в качестве рабочих, служащих или инженерно-технических работников<sup>2</sup>. Если указанные лица получили на производстве травму или заболели, они подлежат освидетельствованию во ВТЭК на предмет установления группы инвалидности, а в надлежащих случаях и степени утраты трудоспособности (в процентах) для определения размера возмещения ущерба, причиненного здоровью потерпевшего.

В случае смерти рабочего или служащего в результате увечья либо иного повреждения здоровья, связанного с работой, ВТЭК обязана принимать на освидетельствование лиц, состоявших на

<sup>1</sup> См. указанные Правила возмещения ущерба, п. 18.

<sup>2</sup> Постановление Президиума Верховного Совета СССР «О порядке применения Указа Президиума Верховного Совета СССР от 12 июня 1970 г.» — Ведомости Верховного Совета СССР, 1970, № 24.



иждивении умершего и имеющих право на возмещение ущерба, а также нетрудоспособных лиц, не состоявших на его иждивении, но имевших ко времени его смерти право на получение от него содержания. К числу лиц, имеющих право на возмещение ущерба по случаю смерти кормильца, относятся: а) несовершеннолетние лица до 16 лет (а учащиеся — до 18 лет), в том числе дети умершего, зачатые при его жизни и рожденные после его смерти; б) мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет; в) инвалиды I, II и III групп; г) один из родителей или супруг умершего, независимо от возраста и трудоспособности, если он не работает и занят уходом за детьми, братьями, сестрами или внуками умершего, не достигшими 8 лет (Правила, раздел II, п. 9, 10).

Следует подчеркнуть, что право на возмещение ущерба в связи со смертью кормильца имеют не только супруги и лица, состоявшие с ним в родственных отношениях, но и другие лица, которые состояли на иждивении умершего. Таким правом пользуются, например, ребенок, рожденный от незарегистрированного брака и мать этого ребенка, состоявшая с погибшим в фактических брачных отношениях или другая нетрудоспособная женщина, бывшая на его иждивении и не связанная с ним родственными отношениями, и другие лица. Нетрудоспособные лица, не состоявшие на иждивении погибшего, могут получить возмещение, если они ко времени его смерти имели право на получение от него содержания. К таким лицам относятся, например, дети, нуждающиеся нетрудоспособные супруги, родители, а при некоторых условиях — и братья, сестры, дед, бабушка, внуки, пасынки, падчерицы, отчим, мачеха<sup>1</sup>.

Но перечисленные выше лица имеют право на возмещение ущерба, если они признаются действующим законодательством нетрудоспособными либо по возрасту, либо вследствие инвалидности, поэтому мужчины, не достигшие 60 лет, а женщины — 55 лет должны обратиться во ВТЭК для определения группы инвалидности.

Направление на ВТЭК рабочих и служащих, получивших увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой, производится администрацией предприятия, учреждения, организации, фабричным, заводским, местным комитетом профсоюза или народным судом (Правила, п. 7). При явке на освидетельствование во ВТЭК потерпевшие обязаны представить письмо администрации предприятия, учреждения, организации или профсоюзного комитета, либо народного суда; акт о несчастном случае, связанном с производством; направление на ВТЭК по ф. № 88 из лечебного учреждения. Такие же документы должны представить во ВТЭК и лица, претендующие на возмещение ущерба в связи со смертью кормильца, кроме официального документа о несчастном случае, связанном с производством. При переосвидетельствовании указанные лица представляют только направление на ВТЭК по ф. № 88.

Освидетельствование потерпевших и лиц, имеющих право на возмещение ущерба в связи со смертью кормильца, производится общими ВТЭК по месту их жительства или по месту прикрепления их к лечебному учреждению, или на выездных заседаниях ВТЭК. В необходимых случаях указанные лица проходят освидетельствование в специализированных ВТЭК. На каждого потерпевшего, а также лицо, имеющее право на возмещение ущерба в связи со смертью кормильца,

<sup>1</sup> Кодекс о браке и семье РСФСР утвержден Верховным Советом РСФСР 30 июля 1969 г. и введен в действие с 1 ноября 1969 г., гл. 10.

ВТЭК составляет акт освидетельствования. Выписка из акта освидетельствования о принятом экспертном решении по определению утраты трудоспособности (в процентах), а также о необходимости в других видах возмещения выдается на руки освидетельствованному, и один экземпляр высылается администрации предприятия, учреждения, организации, профсоюзному комитету или народному суду, направившим на ВТЭК потерпевшего или лиц, имеющих право на возмещение ущерба в связи со смертью кормильца.

**Сроки пересвидетельствования инвалидов во ВТЭК.** Стойкая утрата трудоспособности (инвалидность) не является раз и навсегда данной. В Советском государстве, благодаря созданной системе мероприятий медицинского, социально-экономического, организационно-правового порядка, вниманию общественных организаций, лица, признанные инвалидами, во многих случаях восстанавливают трудоспособность и возвращаются к трудовой деятельности. По этой причине ВТЭК при первичном освидетельствовании устанавливает инвалидность, как правило, на определенный срок — для инвалидов I группы на 2 года, а для инвалидов II и III групп — на 1 год. По истечении указанных сроков инвалиды подлежат пересвидетельствованию. При пересвидетельствовании (в случае необходимости) инвалидность устанавливается на новый двухгодичный (для I группы) или одногодичный (для II и III групп) срок. Срок этот исчисляется с того месяца, на который было назначено пересвидетельствование, до первого числа следующего за ним месяца<sup>1</sup>.

Группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока пересвидетельствования мужчинам старше 60 лет, женщинам — старше 55 лет. Бессрочно устанавливается инвалидность лицам, у которых срок пересвидетельствования наступает после достижения мужчинами 60 лет, женщинами — 55 лет. Перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается без указания срока пересвидетельствования (бессрочно), — см. гл. 2, стр. 23.

Лица, направленные на ВТЭК для установления степени потери трудоспособности (в процентах) с целью определения размера возмещения причиненного ущерба здоровью проходят пересвидетельствование во ВТЭК в сроки от 6 мес до 2 лет в зависимости от характера последствий увечья или иного повреждения здоровья, а также исходя из возможностей устранения этих последствий методом активного лечения, переобучения потерпевшего новой профессии или специальности, создания ему на производстве соответствующих условий здоровья условий труда и т. п. Если у потерпевшего произошли какие-нибудь изменения в степени нарушения трудоспособности, ВТЭК при пересвидетельствовании определяет иную степень утраты профессиональной и общей трудоспособности (в процентах).

Но степень утраты трудоспособности, как профессиональной, так и общей (в процентах), может быть установлена ВТЭК и бессрочно. Это возможно в тех случаях, когда последствия повреждения здоровья, связанного с работой, дают основание для установления потерпевшему инвалидности I, II или III групп. Однако и в таких случаях, исходя из необходимости проверить возможные изменения в степени утраты трудоспособности в связи с определением в первое время после увечья более высокой степени утраты трудоспособности (в процентах), ВТЭК может назначить очередное освидетельствование.

<sup>1</sup> О сроках пересвидетельствования инвалидов. Постановление Совета Министров РСФСР от 18 июня 1969 г. № 366 (СП РСФСР, 1969, № 16, ст. 20).

Для тех лиц, которым степень утраты трудоспособности установлена бессрочно, пересвидетельствование может быть произведено только по заявлению самих потерпевших или других заинтересованных лиц.

Если в состоянии здоровья потерпевших произошли существенные изменения либо имеются основания предполагать, что принятое решение о степени утраты трудоспособности не соответствует фактическому состоянию здоровья, то по решению вышестоящей ВТЭК или администрации предприятия, учреждения, организации, профсоюзного комитета или судебных органов потерпевшие могут быть пересвидетельствованы досрочно. При ухудшении состояния здоровья и снижении трудоспособности, происшедших в результате увечья или иного повреждения здоровья, связанного с работой, потерпевший имеет право на досрочное освидетельствование. Для этого он должен представить направление по ф. № 88, выданное лечебным учреждением.

Пересвидетельствование лиц, имеющих право на возмещение ущерба в связи со смертью кормильца, проводится в сроки, установленные для пересвидетельствования при определении групп инвалидности, т. е. для инвалидов I группы — через 2 года и для инвалидов II и III групп — через 1 год, если группа инвалидности не установлена им бессрочно.

**Обжалование решений ВТЭК и ответственность за нарушение законодательства о врачебно-трудовой экспертизе.** В случае несогласия с решением ВТЭК об отказе в установлении группы инвалидности или причин и времени ее возникновения и в других случаях освидетельствованный может сделать об этом заявление в отдел социального обеспечения (гор)райисполкома или во ВТЭК, в которой он проходил первичное освидетельствование. Заявление это подается в месячный срок со дня вынесения решения ВТЭК.

Руководители отделов социального обеспечения или председатели ВТЭК обязаны в 5-дневный срок направить указанное заявление со всеми медицинскими документами предыдущих освидетельствований на рассмотрение вышестоящей ВТЭК. Жалобы на решения городской, межрайонной, районной и специализированной ВТЭК освидетельствованный может подать также непосредственно в вышестоящую ВТЭК. Республиканские (АССР), краевые, областные, Московская или Ленинградская центральные городские ВТЭК вызывают подавших заявление на повторное освидетельствование для проверки правильности и обоснованности жалоб заявителя. По поступившим заявлениям инвалидам и другим гражданам даются разъяснения на личном приеме, в ряде случаев — в письменной форме.

Основными причинами ошибочных решений при определении трудоспособности в первичных ВТЭК являются: недостаточное клиническое обследование больных в районных лечебных учреждениях; недооценка характера патологического процесса, степени выраженности функциональных нарушений органа или системы, а также социальных факторов — возраста, профессии и специальности, образования, конкретных условий труда и пр. Восполняя недостаточные данные, вышестоящая ВТЭК выносит решение либо о повышении группы инвалидности, либо о продлении лечения по больничному листку вместо группы инвалидности, установленной решением районной ВТЭК.

Анализ эффективности продления лечения по больничному листку гражданам, впервые свидетельствуемым, показал, по данным Ленинградской центральной городской ВТЭК, что 68,3% больных полностью восстановили трудоспособность без установления им группы инвалидности; 12,4% больных частично восстановили трудоспособность,

т. е. после долечивания им была определена III группа инвалидности. Целесообразность и эффективность продления лечения по временной нетрудоспособности отмечают высшие ВТЭК других областей и союзных республик<sup>1</sup>.

Республиканские (АССР), краевые, областные, Московская и Ленинградская центральные городские ВТЭК осуществляют государственный надзор за правильностью и обоснованностью решений городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК как по собственной инициативе, так и по полученным сведениям о незаконности установления группы или причины инвалидности.

В подобных случаях указанные высшие ВТЭК производят предварительную тщательную проверку всех имеющихся в деле медицинских документов и, если в результате проверки будет установлено нарушение законодательства о врачебно-трудовой экспертизе, принципов и критериев оценки трудоспособности, могут вызвать инвалидов на контрольное переосвидетельствование.

При подтверждении факта незаконного решения городской, межрайонной, районной и специализированной ВТЭК высшая ВТЭК отменяет это решение и сообщает соответствующим организациям о лицах, виновных в вынесении незаконного экспертного решения, на основании которого была назначена пенсия или оказаны другие виды социальной помощи.

Лица, получившие увечье или иное повреждение здоровья, связанное с их работой, а также лица, состоявшие на иждивении умершего кормильца или имевшие право на получение от него содержания, в случае несогласия с решением первичной ВТЭК могут в месячный срок обжаловать это решение ВТЭК в республиканскую (автономной республики), краевую, областную или центральную городскую ВТЭК. Указанные высшие ВТЭК могут либо подтвердить решение первичной ВТЭК, либо отменить его и вынести свое решение. О своем решении высшая ВТЭК ставит в известность освидетельствованного и администрацию предприятия, учреждения, организации, направившей его во ВТЭК.

За умышленно неправильное решение и незаконную выдачу Справки ВТЭК о состоянии трудоспособности больного с нарушением Инструкции по определению групп инвалидности и законодательства о врачебно-трудовой экспертизе виновные привлекаются к ответственности в установленном порядке.

## Глава 4

### ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВТЭК

Экспертизу постоянной или длительной утраты трудоспособности осуществляют врачебно-трудовые экспертные комиссии, находящиеся в ведении органов социального обеспечения. Создаются они по административно-территориальному признаку.

Районные и городские отделы социального обеспечения организуют районные и городские ВТЭК, обслуживающие население данного района или города. Среди врачебно-трудовых экспертных комиссий межрайонные ВТЭК, которые обслуживают несколько районов, составляют большинство. Городские, районные и межрайонные ВТЭК

<sup>1</sup> Соц. обеспечение, 1974, № 11, с. 29; № 12, с. 23.

называются первичными и выполняют основную работу по освидетельствованию больных и инвалидов.

Кроме первичных ВТЭК, министерства социального обеспечения (АССР), краевые, областные, а также городские (республиканского подчинения) отделы социального обеспечения организуют высшие ВТЭК — республиканские (АССР), краевые, областные, центральные городские (Москвы и Ленинграда).

Таким образом, в большинстве союзных республик имеется двухступенчатая структура экспертизы трудоспособности — первичные и высшие ВТЭК. В некоторых союзных республиках (Туркменская, Узбекская, Киргизская ССР) имеется еще третья ступень — республиканские контрольные ВТЭК.

Положение о ВТЭК предусматривает, помимо ВТЭК общего профиля, возможность создания специализированных ВТЭК для экспертизы трудоспособности лиц: 1) больных туберкулезом; 2) с психическими заболеваниями; 3) с заболеваниями и дефектами органов зрения; 4) с онкологическими заболеваниями.

В случае необходимости, с разрешения Министерства социального обеспечения РСФСР, могут быть организованы специализированные ВТЭК других профилей. В настоящее время широкое распространение получили травматологические, кардиологические ВТЭК и некоторые другие. Методическое и организационное руководство органами врачебно-трудовой экспертизы осуществляют Управление или отделы ВТЭК министерств социального обеспечения союзных республик.

В своей работе ВТЭК руководствуется Положением о ВТЭК. В 1963 г. в союзных республиках соответствующими Советами Министров и республиканскими советами профсоюзов, а в РСФСР — ВЦСПС, приняты республиканские положения о ВТЭК. В РСФСР Положение о ВТЭК утверждено постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299<sup>1</sup>.

Согласно этому Положению, на ВТЭК возлагается определение постоянной или длительной утраты трудоспособности и установление групп и причин инвалидности, определение для инвалидов условий и характера труда, доступных по состоянию здоровья и способствующих восстановлению их трудоспособности, изучение условий труда работающих инвалидов непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и в сельском хозяйстве с целью выявления работ и профессий, доступных инвалидам, и проверки правильности трудового устройства инвалидов. На ВТЭК, кроме того, возлагается определение времени наступления инвалидности, установление степени утраты трудоспособности рабочими и служащими, получившими увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой, для определения размера возмещения предприятиями (учреждениями, организациями) причиненного ущерба. Иногда по поручению органов социального обеспечения ВТЭК определяет причину смерти кормильца для решения вопросов о назначении пенсии членам семьи умершего. ВТЭК знакомит врачей лечебно-профилактических учреждений с принципами и методами врачебно-трудовой экспертизы. Специализированные комиссии, помимо перечисленных выше функций, утверждают решения общих ВТЭК о трудоспособности больных по профилю данной комиссии.

<sup>1</sup> СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34; Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 446—455.

Все виды деятельности ВТЭК можно подразделить на две основные группы: проведение освидетельствования больных и инвалидов и организационно-методическая работа. В официальных документах нет четкого распределения рабочего времени ВТЭК между этими двумя основными видами деятельности. Имеются лишь нормы освидетельствования больных и инвалидов. Положение предусматривает, что при 6-дневной рабочей неделе первичные ВТЭК общего профиля за 5,5 ч работы свидетельствуют 15, а специализированные — 10 человек<sup>1</sup>. При 5-дневной рабочей неделе за 6,6 ч работы комиссия общего профиля свидетельствует 18, а специализированная — 12 человек. По сути, это единственный норматив, предусматривающий объем работы ВТЭК. Но, помимо освидетельствований, ВТЭК выполняет работу, направленную на изучение причин и профилактику инвалидности, и на этот вид деятельности необходимо предусмотреть определенные затраты времени.

Положение о ВТЭК предусматривает, что состав первичных ВТЭК общего профиля состоит из 5 человек: 3 врачей-экспертов (терапевта, хирурга, невропатолога), представителя соответствующего отдела социального обеспечения и представителя профсоюзной организации.

Специализированные ВТЭК, так же как и ВТЭК общего профиля, состоят из 5 человек: 3 врачей-экспертов, представителя отдела социального обеспечения и профсоюзной организации. В комиссию входят 2 врача-эксперта, специалиста по профилю данной ВТЭК, и 1 врач смежной специальности. Так, комиссии для экспертизы трудоспособности лиц, больных туберкулезом, состоят из 2 фтизиатров и невропатолога; для экспертизы лиц с психическими заболеваниями — из 2 психиатров и терапевта; для лиц с заболеваниями и дефектами органа зрения — из 2 окулистов и терапевта или невропатолога. Все 5 членов ВТЭК имеют равные права.

Один из наиболее опытных врачей-экспертов назначается председателем ВТЭК. Председатель и члены городских, районных и межрайонных ВТЭК утверждаются министерствами социального обеспечения автономных республик, заведующими отделами социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, горисполкомов (городов республиканского подчинения) по согласованию с соответствующими органами здравоохранения. Представители профсоюзных организаций в количестве 10—15 человек в каждой ВТЭК утверждаются республиканскими (АССР), краевыми, областными советами профсоюзов<sup>2</sup>. В последующем они по графику, составленному ВТЭК, принимают участие в работе комиссии. Порядок выделения и утверждения представителя профсоюзной организации во ВТЭК, а также его функциональные обязанности даны в памятке, утвержденной постановлением Секретариата ВЦСПС от 12 января 1962 г.<sup>3</sup>

Во всех ВТЭК имеется медицинский регистратор, а в комиссиях, работающих 5 и более дней в неделю (при 6-дневной рабочей неделе), в штат дополнительно вводится должность старшей медицинской

<sup>1</sup> Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях. — В кн.: Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 448.

<sup>2</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник официальных документов с комментариями. М., 1972, с. 458—460.

<sup>3</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник официальных документов с комментариями. М., 1972, с. 458—460.

сестры. Функциональные обязанности старшей медсестры и медрегистратора даны в методических рекомендациях ЛИЭТИНа<sup>1</sup>.

Ответственность за правильную организацию работы ВТЭК, за юридическую и клиничко-экспертную обоснованность принимаемых ею решений, прежде всего несет председатель комиссии. Обязанности председателя определены Положением о ВТЭК, специальными методическими указаниями Управления ВТЭ Министерства социального обеспечения<sup>2</sup>.

Председатель ВТЭК, будучи руководителем экспертной организации и лично отвечающим за выполнение установленного порядка работы комиссии, за соблюдение законности всех действий и решений комиссии, организует повседневную работу ВТЭК, определяет порядок приема больных и инвалидов для экспертного освидетельствования, организует работу членов комиссии и вспомогательного персонала так, чтобы все экспертные документы оформлялись строго в установленном порядке, а сама экспертиза проводилась в полном соответствии с законодательством по ВТЭ и методическими документами. При проведении экспертизы трудоспособности председатель ВТЭК предварительно знакомится с поступившей медицинской документацией больных, которым предстоит освидетельствование, и в случае обнаружения дефектов документации запрашивает в лечебном учреждении дополнительные сведения или направляет больного на дообследование. Председатель ВТЭК обязан обеспечить высокий клиничко-экспертный уровень деятельности комиссии, от чего зависит обоснованность принимаемых решений. В процессе экспертизы он разъясняет свидетелствуемым цель и причину определения им группы инвалидности, различия между болезнью и инвалидностью, назначение трудовой рекомендации, поведение в процессе трудовой деятельности и в быту и др. После коллегиального обсуждения всеми членами комиссии (врачами-экспертами, представителями профсоюзной организации и отдела социального обеспечения) и принятия экспертного решения председатель лично объявляет его свидетелствуемому, разъясняя при этом главные мотивы, приведшие к тому или иному решению. Он организует подготовку и проведение выездных заседаний ВТЭК на предприятиях, в совхозах, колхозах, крупных лечебно-профилактических учреждениях по графику, составленному с руководителями этих предприятий и учреждений.

Председатель ВТЭК способствует тому, чтобы все члены ВТЭК (в том числе и представители отдела социального обеспечения, профсоюзных организаций) принимали активное участие не только в освидетельствовании больных и инвалидов, но и во всей организаторской, методической, консультативной и контрольной работе ВТЭК.

В Положении о ВТЭК на председателя комиссии возлагается обязанность по изучению причин и динамики инвалидности в районе деятельности комиссии и информации о результатах изучения органов социального обеспечения и здравоохранения, профсоюзных и других

<sup>1</sup> Организация работы и функциональные обязанности старшей медсестры и медрегистратора ВТЭК. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Л., 1978.

<sup>2</sup> Методические указания Управления врачебно-трудовой экспертизы по применению Положения о ВТЭК, утвержденного постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС 11 марта 1963 г., № 299.

организаций (Положение о ВТЭК)<sup>1</sup>. В изучении этих вопросов принимают участие все члены ВТЭК.

Председатель ВТЭК составляет статистический отчет по ф. № 7, проводит анализ итогов экспертной деятельности. Ежегодно результаты экспертизы трудоспособности и анализа причин и динамики инвалидности, данные о трудовом устройстве инвалидов и другие вопросы председатель ВТЭК докладывает соответствующим органам социального обеспечения, здравоохранения, профсоюзам, местным Советам народных депутатов, руководителям предприятий и хозяйств, на научно-практических конференциях врачей и др.

Председатель ВТЭК повышает свою клиническую и экспертную квалификацию, а также организует повышение квалификации врачей-экспертов комиссии в ЛИУВЭКе, на кафедрах ВТЭК институтов усовершенствования врачей, семинарах, рабочих местах, конференциях и др. Он организует коллективное и индивидуальное изучение законодательства и инструктивно-методических материалов по ВТЭ, обеспечивает врачей-экспертов этими материалами.

Председатель ВТЭК вместе с руководителями лечебно-профилактических учреждений планирует мероприятия по повышению экспертной квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений в районе обслуживания ВТЭК. С этой целью проводятся научно-практические конференции по вопросам врачебно-трудовой экспертизы, восстановительного лечения трудового устройства часто и длительно болеющих лиц и инвалидов, улучшения экспертного обслуживания населения. На подобных конференциях рассматриваются также ошибки, допущенные лечебными учреждениями при направлении больных на ВТЭК, а также ошибки ВТЭК по оценке состояния трудоспособности или определению трудовых рекомендаций.

Председатель ВТЭК ведет прием населения по вопросам ВТЭ, систематически проводит инструктаж руководителей и врачей лечебных учреждений о показаниях для направления больных во ВТЭК, оформлению медицинской документации для ВТЭК, о показаниях к трудовой деятельности инвалидов, принципах, критериях и методах врачебно-трудовой экспертизы и др.

Организуя повседневную работу ВТЭК, председатель составляет годовые планы работы комиссии, подготавливает материалы для комплексного плана по снижению инвалидности и улучшению врачебно-трудовой экспертизы и в последующем принимает активное участие в выполнении его.

Большую помощь ВТЭК оказывает общественный совет, поэтому председатель обязан создать Совет и способствовать активной его работе.

Положение о ВТЭК предусматривает, что базами ВТЭК являются лечебно-профилактические учреждения, в которых имеются необходимые условия для всестороннего обследования больных (врачи по узким специальностям, диагностические кабинеты, лаборатории и др.). Министерства социального обеспечения (АССР), отделы социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, горисполкомов (городов республиканского подчинения) вместе с соответствующими органами здравоохранения устанавливают перечень лечебных

---

<sup>1</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 447, п. 4.



учреждений, на базе которых организуются ВТЭК (Положение о ВТЭК)<sup>1</sup>. Необходимое помещение, медицинское и хозяйственное оборудование предоставляются органами здравоохранения. Перечень оборудования утверждается министерствами здравоохранения и социального обеспечения соответствующих союзных республик. В РСФСР действует перечень, утвержденный Главным лечебно-профилактическим управлением Министерства здравоохранения РСФСР и Управлением ВТЭ Министерства социального обеспечения РСФСР 7 декабря 1963 г.

Государственным комитетом Совета Министров СССР по делам строительства в поликлиниках для взрослых предусмотрены следующие помещения и нормы площади для ВТЭК<sup>2</sup>; ожидальня — 24 м<sup>2</sup>, регистратура — 24 м<sup>2</sup>, архив — 24 м<sup>2</sup>, кабинет врачей-экспертов — 30 м<sup>2</sup>.

В помещении должны быть созданы условия, необходимые для культурного обслуживания больных и инвалидов, посещающих ВТЭК.

Лечебные учреждения, определив у больного признаки инвалидности или длительное заболевание, требующее продления листа нетрудоспособности свыше 4 мес, направляют его на ВТЭК. Круг лиц, принимаемых на освидетельствование, и порядок направления их во ВТЭК — см. Приложения, стр. 532.

Порядок направления больных и инвалидов на ВТЭК и организация самого освидетельствования в комиссии определяются Положением о ВТЭК и соответствующими методическими указаниями Управления и отделов ВТЭ министерств социального обеспечения союзных республик.

Больной или инвалид для освидетельствования во ВТЭК должен представить: 1) Направление на ВТЭК (ф. № 88), составленное лечебным учреждением по месту жительства больного или по месту прикрепления его к лечебному учреждению, и другие медицинские документы, характеризующие состояние его здоровья; 2) паспорт; 3) документ, указывающий цель направления на ВТЭК неработающих лиц, представляемых первично (из отдела социального обеспечения, военкомата, правления колхоза о праве на получение пенсии при наличии инвалидности, отдела социального обеспечения о направлении в дом инвалидов, на получение специальных транспортных средств и т. п.).

Рабочие и служащие, направляемые во ВТЭК с целью определения степени утраты трудоспособности (в процентах) для возмещения ущерба, причиненного здоровью, кроме общепринятых документов, представляют направление от администрации, фабричного, заводского или местного комитета профсоюза предприятия (учреждения, организации) или народного суда и акт о несчастном случае, имевшем место на производстве. В Направлении на ВТЭК должны быть представлены сведения о трудовой деятельности больного, заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и функциональных исследований. Ответственность за качество медицинского обследования и за обоснованность направления больных на ВТЭК возлагается на руководителей лечебных учреждений (п. 16 Положения).

<sup>1</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 448, п. 5.

<sup>2</sup> Строительные нормы и правила. Ч. II, раздел II, гл. 9. Больницы и поликлиники. Нормы проектирования. М., 1971, с. 36.

Порядок проведения освидетельствования предусмотрен разделом IV Положения о ВТЭК. Врачи-эксперты, члены комиссии, предварительно изучив медицинские документы, поступившие из лечебного учреждения, должны лично произвести медицинское освидетельствование каждого больного. После коллегиального обсуждения результатов экспертного освидетельствования, данных лечебно-профилактических учреждений, профессии больного, характера выполняемой им работы комиссия принимает решение. В обсуждении участвуют все члены ВТЭК, в том числе представители отдела социального обеспечения и профсоюзной организации. В тех случаях, когда вынесение решения о состоянии трудоспособности свидетельствуемого затруднено вследствие необоснованного клинического диагноза, ВТЭК направляет больного в лечебное учреждение для дополнительного обследования, а в необходимых случаях требует стационарного обследования (п. 20 Положения). Положением (п. 7) предусмотрено выделение кооп или организация отделения экспертизы трудоспособности в республиканских (АССР), краевых и областных больницах.

Результаты освидетельствования и обсуждения вносятся в Акт освидетельствования во ВТЭК. В РСФСР пользуются Актом, утвержденным приказом министра социального обеспечения РСФСР 12 августа 1970 г., № 95. Акт подписывают председатель и члены ВТЭК. В случае несогласия с решением ВТЭК председателя или одного из членов комиссии (в том числе и представителя отдела социального обеспечения или представителя профсоюзной организации) в Акт вносится их особое мнение. В этих случаях Акт освидетельствования в 3-дневный срок направляется на утверждение республиканской (АССР), краевой, областной, центральной, городской (городов республиканского подчинения) ВТЭК. Оформление Акта освидетельствования производится в соответствии с методическими указаниями МСО РСФСР (приложение № 2 к приказу министра РСФСР от 12 августа 1970 г. № 95).

При признании больного инвалидом, кроме Акта освидетельствования, заполняется Справка ВТЭК и выписка из Акта освидетельствования во ВТЭК. Оформляются они разборчиво и четко с заполнением всех пунктов и в строгом соответствии с методическими указаниями МСО РСФСР (приложение № 3 к приказу министра социального обеспечения РСФСР от 24 апреля 1970 г. № 43).

Заседание по освидетельствованию во ВТЭК оформляется записью в Книге протоколов заседаний ВТЭК. Произведенная запись скрепляется всеми членами комиссии. Необходимо тщательное заполнение всех строк и граф этой книги. Записи о начале и окончании заседания необходимы для последующего подсчета рабочего времени и нагрузки ВТЭК.

Заполненная выписка из Акта освидетельствования направляется соответствующему органу социального обеспечения или другой организации, которая в установленном порядке осуществляет пенсионное обеспечение (п. 31 Положения о ВТЭК). Инвалиду выдается Справка ВТЭК, а в лечебное учреждение направляется отрывной талон ф. № 88 с записями о принятом экспертном решении и рекомендованных ВТЭК лечебно-восстановительных мероприятиях.

Освидетельствование проводится на основной базе или на базе других лечебно-профилактических учреждений, обслуживающих заводы, фабрики, совхозы или определенные районы края, области. Положение о ВТЭК (п. 12) предусматривает проведение таких выездных заседаний, в которых принимают участие врачи лечебной

сети, руководители производственных участков (начальники цехов, мастера и др.), представители отделов труда и кадров, фабрично-заводских и местных комитетов профсоюзов.

В связи с тем, что большинство первичных ВТЭК являются межрайонными, особое значение приобретает организация выездных заседаний в районные больницы.

При проведении выездных заседаний ВТЭК Российской Федерации руководствуются методическими указаниями Управления ВТЭ Министерства социального обеспечения РСФСР от 1 августа 1961 г. «Об организации выездных заседаний ВТЭК». Министерство социального обеспечения РСФСР в своем согласованном с Министерством финансов РСФСР письме от 10 ноября 1970 г. № 1-138-И сообщает, что оплата труда работников ВТЭК при выездных заседаниях должна производиться за фактически проработанное время, включая время нахождения в пути.

В случае невозможности по состоянию здоровья, согласно заключению лечебного учреждения, явиться на заседание комиссии, освидетельствование отдельных лиц проводится на дому или в лечебном учреждении по месту их нахождения.

В отдельных случаях решение ВТЭК может быть вынесено заочно. В Положении о ВТЭК предусмотрена такая возможность в отношении больного, находящегося в стационаре. Решение выносится на основании Акта освидетельствования, подписанного лечащим врачом и главным врачом лечебного учреждения (п. 17). ВТЭК имеют право выносить решение о состоянии трудоспособности лиц, проживающих или находящихся в длительных служебных командировках в труднодоступных пунктах (районы Крайнего Севера и приравненные к ним отдаленные местности) заочно, на основании актов освидетельствования, подробных выписок из истории болезни и других необходимых для экспертизы документов, подписанных лечащим врачом и главным врачом лечебного учреждения. Списки этих пунктов утверждаются соответствующими Советами Министров автономных республик, крайисполкомами и облысполкомами (п. 18).

Первичные ВТЭК проводят предварительное освидетельствование инвалидов для определения у них медицинских показаний на приобретение специальных транспортных средств и отсутствия медицинских противопоказаний, препятствующих управлению транспортом. Комиссия проверяет медицинское дело инвалида и в необходимых случаях освидетельствует его.

Проводится тщательное обследование инвалида экспертами (терапевтом, хирургом и невропатологом), изучаются данные лечебных учреждений, заключения окулиста, отоларинголога, психиатра и (в случае необходимости) других специалистов.

Для уточнения диагноза, степени нарушения функций инвалид направляется на дообследование в стационар или поликлинику. При установлении у инвалида наличия медицинских показаний на обеспечение его специальными транспортными средствами и отсутствия медицинских противопоказаний дело направляется в высшую ВТЭК. При отсутствии показаний или наличии противопоказаний необходимо дать разъяснение инвалиду об отсутствии у него права на транспорт. При несогласии инвалида с решением первичной ВТЭК и по его настоянию медицинское дело направляется в высшую ВТЭК.

Свою работу ВТЭК строят на основании годовых планов.

После выхода постановления Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299 «О мерах по снижению инвалидности

среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы» (аналогичные постановления были приняты Советами Министров и советами профсоюзов соответствующих союзных республик), в республиках, краях, областях, городах и районах стали широко практиковать подготовку комплексных планов органов социального обеспечения и здравоохранения. В эти планы включаются лишь те мероприятия, которые требуют совместных усилий органов здравоохранения, социального обеспечения, профсоюзов, хозяйственных и других организаций, от деятельности которых зависит решение вопросов профилактики инвалидности. Поэтому комплексные планы должны утверждаться исполкомом соответствующего административного района.

Согласно п. 2 Положения о ВТЭК, ВТЭК изучают условия труда работающих инвалидов непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и в сельском хозяйстве с целью выявления работ и профессий, доступных инвалидам, и проверки правильности трудового устройства инвалидов.

П. 9 Положения о ВТЭК предусматривает консультативную помощь специалистов врачебно-трудовых экспертных комиссий учреждениям здравоохранения и другим организациям, а также отдельным учреждениям по вопросам оценки состояния трудоспособности больных, определения условий труда, показанных им по состоянию здоровья. Письмо Министерства финансов и Министерства социального обеспечения РСФСР от 25 июля 1963 г. № 08/775 предусматривает выделение специальных дней для проведения консультативной работы. Консультации ВТЭК проводятся как на основной базе, так и в поликлиниках, диспансерах, больницах, медсанчастях, здравпунктах и др.

Консультативная помощь оказывается по различным вопросам ВТЭ, но в основном — по вопросам трудового устройства инвалидов. В методических указаниях Управления ВТЭ Министерства социального обеспечения РСФСР от 15 августа 1963 г. даны рекомендации по организации консультаций и порядке их оформления. Консультации могут быть даны ВТЭК в полном составе и отдельными специалистами. В случае консультации всем составом комиссии на больного составляется Акт освидетельствования, он регистрируется в книге протоколов заседаний ВТЭК, а экспертное консультативное заключение в виде письма со штампом и печатью, за подписью всех врачей ВТЭК, отсылается учреждению, направившему больного на консультацию.

Отдельные специалисты во время консультации не могут выносить решения по тем вопросам, которые правомочна решать вся экспертная комиссия на своем коллегиальном заседании. Свое консультативное заключение или совет специалист записывает в историю болезни, индивидуальную карту амбулаторного больного и другие медицинские документы. Консультация может быть дана и устно. В отдельных случаях, при наличии сопроводительного письма, результаты консультативного обследования могут быть даны экспертом в письменном виде на бланке со штампом и печатью.

Все консультации во ВТЭК регистрируются в специальной книге с указанием результатов консультаций и советов. В случае выдачи справки это отмечается в книге регистрации и указывается содержание справки.

На ВТЭК возлагается обязанность по ознакомлению врачей лечебно-профилактических учреждений с принципами и методами врачебно-трудовой экспертизы (п. 2 Положения о ВТЭК). Эффективной формой повышения квалификации являются врачебные конференции,

проводимые в лечебно-профилактических учреждениях. На заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности возлагается обязанность проведения не реже 2 раз в год совместных с ВТЭК врачебных конференций с обсуждением ошибок, допущенных в диагностике заболеваний, экспертизе трудоспособности (Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях)<sup>1</sup>.

Ознакомление лечащих врачей с основами ВТЭ осуществляется специалистами ВТЭК на организуемых ими семинарах, при выездных заседаниях, на рабочих местах во ВТЭК и т. д.

При министерствах социального обеспечения (АССР), краевых, областных, городских (Москвы и Ленинграда) отделах социального обеспечения организуются высшие ВТЭК — республиканские (АССР), краевые, областные, центральные городские (Москвы и Ленинграда). Эти комиссии состоят из 4 врачей. Председатель высшей ВТЭК является главным экспертом республики, края, области, города (городов республиканского подчинения). Председатели и члены высших ВТЭК, а также консультанты по узким специальностям и специалисты по методам функциональной диагностики, привлекаемые с почасовой оплатой труда, утверждаются министрами социального обеспечения автономных республик, заведующими отделами социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, Московского и Ленинградского горисполкомов (Положение о ВТЭК)<sup>2</sup>.

Высшая ВТЭК в зависимости от объема работы по согласованию с Министерством социального обеспечения РСФСР или министерством соответствующей республики может иметь несколько составов (по 4 врача-эксперта в каждом). Эти составы могут быть общего и специализированного профилей. Управление ВТЭ Министерства социального обеспечения РСФСР рекомендует специализированную ВТЭК того или иного профиля, находящуюся в республиканском, краевом, областном центре, включать в высшую ВТЭК в виде специализированного состава<sup>3</sup>.

В Положении о ВТЭК определены основные задачи республиканских (АССР), краевых, областных, центральных городских ВТЭК<sup>4</sup>. Этими задачами являются:

1. Внедрение в практику работы первичных ВТЭК научных принципов и методов экспертизы трудоспособности, разрабатываемых научно-исследовательскими институтами экспертизы трудоспособности.

2. Осуществление мероприятий по повышению экспертной и клинической квалификации врачей-экспертов путем направления на стажировку и усовершенствование, организации семинаров, научно-практических конференций и др.

3. Обобщение и пропаганда передового опыта организации экспертизы трудоспособности первичных ВТЭК общего и специализированного профилей, выявление экспертных ошибок в работе комиссий и разработка мер, необходимых для устранения их.

<sup>1</sup> Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 73, п. 3.

<sup>2</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 448—449, п. 11.

<sup>3</sup> Методические указания Управления врачебно-трудовой экспертизы по применению Положения о ВТЭК от 15 августа 1963 г., с. 3.

<sup>4</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 449—450.

4. Проверка правильности и обоснованности экспертных решений первичных ВТЭК.

5. Оказание в сложных случаях консультативной помощи ВТЭК данного административного района по материалам экспертизы трудоспособности и путем выезда на места.

6. Освидетельствование лиц, обжаловавших решения первичных ВТЭК, в порядке контроля, больных и инвалидов, направленных первичными ВТЭК в особо сложных случаях, руководящих работников, врачей, а также лиц для определения им медицинских показаний и противопоказаний для обеспечения специальными транспортными средствами.

7. Проверка актов освидетельствования первичных ВТЭК данного административного района с целью контроля за правильностью экспертных решений. В РСФСР Министерство социального обеспечения рекомендует в течение года проверять не менее 20% общего числа освидетельствований ВТЭК со времени последней проверки высшей экспертной комиссии. В тех случаях, когда общее количество актов не превышает 300, проверке подлежат все акты освидетельствования<sup>1</sup>.

8. Изучение динамики и причин инвалидности среди трудящихся и разработка соответствующих предложений, направленных на снижение инвалидности.

9. Рассмотрение различных вопросов врачебно-трудоустройственной экспертизы по поручению органов социального обеспечения.

В высших ВТЭК не предусмотрены нормы освидетельствований. Однако они обязаны обеспечить безотказный прием всех лиц, обжаловавших решения первичных ВТЭК<sup>2</sup>, а также тех больных и инвалидов, которые, согласно действующим приказам и указаниям, должны освидетельствоваться в высших ВТЭК.

Ответственными являются задачи высших ВТЭК по освидетельствованию инвалидов для определения показаний и отсутствия медицинских противопоказаний на получение специальных транспортных средств (о праве инвалидов на бесплатное или льготное приобретение специальных транспортных средств см. стр. 548).

При получении медицинского дела эксперты высшей ВТЭК определяют необходимость в дополнительных обследованиях. В случае, если обнаружится, что инвалид нуждается в обследовании, он направляется в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение.

В том случае, если инвалид по состоянию здоровья не может явиться на освидетельствование в высшую ВТЭК, решение выносит первичная комиссия. Решение является окончательным после утверждения его высшей ВТЭК.

На приобретение автомашины с ручным управлением имеется перечень медицинских показаний, включающий 8 групп болезней (см. приложение стр. 541). На приобретение мотоколяски перечень медицинских показаний значительно больше и включает 17 групп болезней (см. приложение стр. 542).

В перечень медицинских показаний включены заболевания ног, позвоночника, таза, болезни нервной системы, значительно затрудняющие передвижения инвалида, но при сохранении функции сидения.

<sup>1</sup> Письмо Министерства социального обеспечения РСФСР от 20 января 1972 г. № 1-9-И.

<sup>2</sup> СП СССР, 1975, № 11, ст. 59.

Одновременно с определением показаний на получение автомобиля с ручным управлением или мотоколяски выносятся решение об отсутствии или наличии медицинских противопоказаний (см. Приложения стр. 543, 546).

Постановлениями ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 18 апреля 1975 г. № 304 «О дополнительных льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих» и Совета Министров СССР от 23 февраля 1981 г. № 209 «Об утверждении Положения о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих»<sup>1</sup> инвалидам Отечественной войны и другим категориям инвалидов войны предоставлено право бесплатного получения автомобиля «Запорожец» с ручным управлением при наличии у них медицинских показаний на получение мотоколяски.

При записи на ВТЭК представляются следующие документы: заявление инвалида, направление ВКК по ф. № 88, направление органов социального обеспечения (министерств соцобеспечения АССР, краевых, областных, Московского и Ленинградского городских отделов соцобеспечения), справка об инвалидности, паспорт и 2 фотокарточки.

Составляется акт по специальной форме — Акт освидетельствования по определению медицинских показаний на получение мотоколяски (автомашины), в который каждый специалист вносит подробную запись о результатах обследования, и указываются соответствующие статьи Перечней, на основании которых вынесено решение ВТЭК.

Образец записи при положительном решении вопроса: «Имеются медицинские показания на получение автомобиля «Запорожец» с ручным управлением в соответствии с пунктом № \_\_\_\_\_ Перечня от 1—8 июля 1969 г. (на основании решения ВТЭК от \_\_\_\_\_ 198 г.). Медицинских противопоказаний к вождению автомобиля «Запорожец» с ручным управлением нет».

При наличии права на получение автомобиля «Запорожец» с ручным управлением по показаниям для мотоколяски в решении ВТЭК пишется, что имеются медицинские показания на получение мотоколяски. Отмечается отсутствие медицинских противопоказаний к вождению автомобиля «Запорожец» с ручным управлением. Если у инвалида имеются медицинские противопоказания к вождению автомобиля, об этом пишется в решении ВТЭК, и указывается отсутствие противопоказаний к вождению мотоколяски, если их нет.

В зависимости от характера патологии инвалида указывается и марка автомобиля «Запорожец». Для инвалидов без обеих ног (или с поврежденными ногами), но с двумя здоровыми руками — ЗА3-968Б, ЗА3-968АБ; для инвалидов с одной здоровой ногой и двумя здоровыми руками — ЗА3-968Б2, ЗА3-968АБ2, ЗА3-968АБ4; для инвалидов с одной здоровой ногой и одной здоровой рукой — ЗА3-968Р.

Данные о результатах освидетельствования инвалидов заносятся в отдельную книгу протоколов заседаний ВТЭК. При наличии соответствующих показаний для получения автомашины или мотоколяски с ручным управлением ВТЭК оформляет две справки по установленным формам — для отдела социального обеспечения и госавтоинспекции.

Все инвалиды подвергаются динамическому наблюдению с обязательным пересвидетельствованием через каждые 2 года в лечебно-профилактических учреждениях, где решается вопрос об отсутствии

<sup>1</sup> СП СССР, 1975, № 11, ст. 59. СП СССР, 1981, № 12, ст. 71.

или наличии медицинских противопоказаний. В отдельных случаях при проявлениях начальных стадий заболевания, которые в последующем могут стать противопоказаниями, переосвидетельствование может производиться через год.

Срок эксплуатации автомобиля — 7 лет, а мотоколяски — 5 лет. По окончании этого срока и при замене новым транспортом инвалиды подлежат освидетельствованию во ВТЭК.

Главный эксперт по врачебно-трудовой экспертизе республики (АССР), края, области, города (городов республиканского подчинения) несет ответственность за организацию и качество врачебно-трудовой экспертизы на данной административной территории. На него возложены обязанности, определенные методическими указаниями управления ВТЭ Министерства социального обеспечения РСФСР<sup>1</sup>:

1. Осуществление научно-методического и организационного руководства врачебно-трудовой экспертизой на данной административной территории.

2. Разработка и осуществление мероприятий по внедрению в практику врачебно-трудовой экспертизы научных методов экспертных исследований.

3. Организация статистического учета и анализа результатов экспертной деятельности ВТЭК с ежегодным составлением информационно-методических обзоров.

4. Разработка плана мероприятий по систематическому повышению клинично-экспертной квалификации врачей-экспертов первичных и высшей ВТЭК.

5. Изучение и распространение передового опыта работы экспертных комиссий.

6. Повышение качества экспертизы трудоспособности и культуры обслуживания свидетельствуемых в первичных ВТЭК.

7. Ведение регулярного приема врачей, работников учреждений, организаций, больных и инвалидов по вопросам работы ВТЭК, экспертизы трудоспособности и др.

8. Организация совместно с учреждениями здравоохранения научно-практических конференций и семинаров для обсуждения и изучения мероприятий, направленных на снижение и предупреждение инвалидности.

В штат Министерства социального обеспечения АССР, краевого и областного, городского (городов республиканского подчинения) отделов социального обеспечения с 1943 г. введена должность старшего инспектора по врачебно-трудовой экспертизе. Положение о старшем инспекторе утверждено министром социального обеспечения РСФСР 2 октября 1954 г.<sup>2</sup> Введение в 1963 г. должности главного эксперта не привело к упразднению должности старшего инспектора. Старшему инспектору вменяется в обязанность направить свою деятельность прежде всего на организационную работу, а главному эксперту — на идейное и методическое руководство<sup>3</sup>. Положение о старшем инспекторе 1954 г. не отменено, хотя часть обя-

<sup>1</sup> Методические указания Управления врачебно-трудовой экспертизы по применению Положения о ВТЭК от 15 августа 1963 г., с. 10—11.

<sup>2</sup> Врачебно-трудовая экспертиза. Сборник законодательных и методических материалов/Под ред. А. Ф. Третьякова. М., 1959, с. 93—95.

<sup>3</sup> Методические указания Управления врачебно-трудовой экспертизы по применению Положения о ВТЭК от 15 августа 1963 г., с. 12.



занностей, предусмотренных Положением о ВТЭК с 1963 г., выполняется совместно с главным экспертом.

Старший инспектор по ВТЭ занимается непосредственной организацией ВТЭК, рассмотрением жалоб, заявлений и писем трудящихся по вопросам врачебно-трудовой экспертизы и жалоб на решения ВТЭК, установлением порядка направления в республиканские, краевые, областные и центральные городские ВТЭК лиц, обжаловавших решения городских и районных ВТЭК, приемом трудящихся по вопросам врачебно-трудовой экспертизы в министерстве, отделах и при выездах на местах и пр. Совместно с главным экспертом он занимается подбором кандидатов на должность председателя и членов ВТЭК, организационным руководством ВТЭК и контролем за их деятельностью, проведением мероприятий по повышению квалификации врачей ВТЭК, анализом результатов пересвидетельствования лиц, обжаловавших решения городских и районных ВТЭК, выяснением причин ошибочных решений ВТЭК и принятием мер к их устранению (с участием республиканских, краевых, областных и центральных городских ВТЭК).

В постановлении Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299 предусмотрено в целях широкого участия общественности в разработке мер по улучшению врачебно-трудовой экспертизы и контроля за устранением причин, вызывающих инвалидность, создание при ВТЭК общественных советов.

Секретариатом ВЦСПС 9 июля 1963 г. и министром социального обеспечения РСФСР от 11 июля 1963 г. утверждено Положение об общественном совете при ВТЭК. Согласно этому Положению, общественные советы (в количестве 7—19 человек) создаются при первичных и высших ВТЭК из представителей органов социального обеспечения, здравоохранения, медицинских учреждений, профсоюзных и хозяйственных организаций, а также пенсионеров.

Общественный совет участвует в изучении причин инвалидности, разработке мер по снижению инвалидности, способствует внедрению в практику работы ВТЭК лучших форм работы ВТЭК. В целях выявления профессий и должностей, доступных для работы инвалидам по состоянию здоровья, совет оказывает помощь комиссии в изучении условий труда на предприятиях, в учреждениях, организациях. Члены его участвуют в разработке органами социального обеспечения мероприятий по трудовому устройству инвалидов и осуществлению контроля за предоставлением инвалидам на предприятиях, учреждениях и организациях работы, рекомендованной ВТЭК, и др. Руководство работой общественных советов осуществляют краевые, областные советы профсоюзов и министерства социального обеспечения АССР, краевые, областные отделы социального обеспечения.

Все ВТЭК ежегодно, к 5 января, представляют отчеты в министерства социального обеспечения АССР, краевой, областной, городской (городов республиканского подчинения) отделы социального обеспечения. ЦСУ СССР 3 июля 1970 г. (№ 463) утвердило формы отчетов первичных ВТЭК по ф. № 7, а 16 августа 1967 г. № 500 — высших ВТЭК по ф. № 7-а. Министерства социального обеспечения АССР, краевые, областные, городские (городов республиканского подчинения) отделы социального обеспечения на основании отчетов первичных ВТЭК составляют сводные отчеты на бланке ф. № 7, которые высылают в Министерство социального обеспечения союзной республики вместе с отчетом по ф. № 7-а не позднее 20 января. В случае, если высшая ВТЭК выполняет

одновременно функции первичной ВТЭК и освидетельствует на правах первичной комиссии население прикрепленного административного района, эта ВТЭК, наряду с отчетом по ф. № 7-а, составляет отчет по ф. № 7. Помимо цифрового отчета, все ВТЭК составляют текстовый отчет, или объяснительную записку, которая направляется в министерство несколько позднее. Примерная схема объяснительной записки к отчету ВТЭК дана в рекомендательном письме ЛИЭТИНа<sup>1</sup>.

## ДЕЛОПРОИЗВОДСТВО ВО ВТЭК

Порядок ведения и организация делопроизводства во ВТЭК определяются рядом методических указаний, рекомендаций и приказов Министерства социального обеспечения РСФСР.

Под делопроизводством во ВТЭК следует понимать единую и обязательную систему мероприятий, обеспечивающих правильность и полноту сбора, систематизации, хранения, составления, ведения и исполнения документов в соответствии с современными задачами и функциями ВТЭК.

Ответственность за правильное ведение и организацию делопроизводства, своевременное исполнение документов и их сохранность возлагается на председателя ВТЭК. Непосредственное ведение делопроизводства возлагается на средний медицинский персонал ВТЭК (медицинского регистратора, старшую медицинскую сестру)<sup>2</sup>. Общие методические руководящие указания по ведению делопроизводства во ВТЭК областей, краев, АССР, Москвы и Ленинграда и контроль за соблюдением надлежащего состояния делопроизводства возлагается на главных экспертов и старших инспекторов по ВТЭ соответствующих отделов социального обеспечения и министерств социального обеспечения АССР.

Вновь принятые работники должны быть ознакомлены председателем ВТЭК со структурой аппарата отдела социального обеспечения, установленным порядком работы и основными правилами ведения делопроизводства применительно к задачам ВТЭК.

При увольнении и перемещении работников (старшей медсестры, медрегистратора и председателя ВТЭК) должен быть составлен акт сдачи и приема дел, находящихся в их ведении.

В делопроизводстве практически важно выделять две основные части: а) организацию документации и б) документирование.

Организация документации включает в себя прием, отправку и регистрацию документов, группировку документов в дела, составление номенклатуры дел ВТЭК, обеспечение сохранности документов в делопроизводстве, подготовку и передачу дел в архив, контроль за исполнением документов; документирование включает в себя составление, исполнение и оформление документов. Вся документация ВТЭК подразделяется на входящие, исходящие и внутренние (образующиеся и откладываемые внутри ВТЭК) документы.

Документы группируются в дела. Делом называется совокупность служебных документов, объединенных организационно между собой по одному вопросу, предмету или другим признакам, которые хранятся в обложке или папке, имеющей определенное название

<sup>1</sup> К методике составления объяснительной записки к годовому статистическому отчету ВТЭК по форме № 7. Рекомендательное письмо. Л., 1974.

<sup>2</sup> Организация работы и функциональные обязанности старшей медсестры и медрегистратора ВТЭК. Методические рекомендации. Л., 1979.

и номер в соответствии с номенклатурой дел ВТЭК. Список (перечень) наиболее типичных дел, образующихся в связи с деятельностью ВТЭК, составляет номенклатуру дел ВТЭК.

Номенклатура дел ВТЭК является обязательным условием правильной организации делопроизводства. Она составляется с целью установления единой системы формирования дел по документам, образующимся в процессе деятельности ВТЭК. Номенклатура дел должна отражать основные направления деятельности ВТЭК. Она составляется с учетом Перечня документальных материалов, образующихся в деятельности Министерства социального обеспечения РСФСР и подведомственных ему учреждений, организаций и предприятий<sup>1</sup>. Номенклатура дел ВТЭК составляется председателем ВТЭК и ежегодно, не позднее декабря текущего года, пересматривается с учетом происшедших изменений, а также задач ВТЭК на будущий год, и вводится в действие после утверждения заведующим соответствующим отделом социального обеспечения с 1 января нового года. Если изменения незначительны, номенклатура дел заново не утверждается.

Исполненные документы формируются в дела в строгом соответствии с номенклатурой дел ВТЭК. Основой для составления заголовков дел являются важнейшие участки работы и направления деятельности ВТЭК. Заведение дел с заголовками «Разная переписка», «Общие вопросы» не допускается. При формировании дел проверяется правильность отнесения документов в то или иное дело; устанавливается последовательность группировки документов внутри дела по принятой системе; изымаются дубликаты и черновые документы. Документы постоянного хранения формируются в дела отдельно от документов временного хранения.

Дела хранятся в шкафах; в каждом шкафу должен быть перечень хранящихся в нем дел, на корешках обложек дел (папок) должны быть указаны цифровые обозначения дел (индекс), которые соответствуют порядковому номеру дела по номенклатуре. Работники ВТЭК хранят у себя только документы, находящиеся у них на исполнении, в специальной папке «К исполнению».

Сроки хранения, порядок передачи дел в архив и уничтожение документов ВТЭК по миновании их надобности осуществляются в соответствии с указаниями местных архивных органов и МСО РСФСР. Все документы, образующиеся в процессе деятельности ВТЭК и являющиеся основой для составления ее номенклатуры (см. ниже), должны накапливаться в делах с выделением следующих 6 основных групп документов: 1) инструктивно-распорядительная документация ВТЭК (например, см. дела № 1, 2, 3 в номенклатуре дел ВТЭК); 2) документация по переписке ВТЭК с другими организациями, учреждениями, гражданами по вопросам врачебно-трудовой экспертизы (например, см. дела № 4, 5, 6, 7); 3) контрольно-методическая документация ВТЭК (например, см. дела № 8, 9, 10); 4) документация по планированию работы ВТЭК (например, см. дело № 11); 5) клинико-экспертная документация ВТЭК (например, см. дела № 12, 13, 14); 6) учетно-отчетная документация ВТЭК (например, см. дело № 15). Все указанные документы представлены в приведенной ниже примерной номенклатуре дел ВТЭК.

---

<sup>1</sup> Перечень документальных материалов, образующихся в деятельности М-ва соц. обеспечения РСФСР и подведомственных ему учреждений, организаций и предприятий, с указанием сроков хранения материалов. М., 1967.

Номенклатура дел ВТЭК (примерная)

№ п/п	Наименование дела, книг и других материалов	Сроки хранения	Примечания
1.	Постановления, решения, указания, приказы М-ва соц. обеспечения РСФСР	Хранить до передачи в Государственный архив. Непринятые уничтожаются по миновании надобности	
2.	Инструктивно-методические информационные письма и рекомендации по врачебно-трудовой экспертизе системы социального обеспечения	Постоянно	
3.	Постановления, решения, приказы областных, краевых отделов соц. обеспечения, м-в соц. обеспечения АССР, местных советских, партийных органов и общественных организаций по вопросам врачебно-трудовой экспертизы	Постоянно	
4.	Переписка с вышестоящими организациями, м-вами здравоохранения СССР и РСФСР и местными органами социального обеспечения и здравоохранения по вопросам врачебно-трудовой экспертизы	5 лет	
5.	Жалобы и заявления по вопросам врачебно-трудовой экспертизы и переписка по ним	3 года	
6.	Переписка по вопросам повышения квалификации работников ВТЭК	3 года	
7.	Списки (сеть) всех ВТЭК, учреждений, предприятий и организаций системы социального обеспечения, области, края, АССР, города (Москва и Ленинград)	Постоянно	
8.	Материалы, справки, акты, докладные записки республиканских (АССР), краевых, областных, Московской и Ленинград-	5 лет, ЭПК*	

№ п/п	Наименование дела, книг и других материалов	Сроки хранения	Примечания
9.	ской центральных городских ВТЭК по результатам проверки деятельности районных и специализированных ВТЭК Материалы (обзоры, доклады, справки, докладные записки, объяснительные записки и др.) по изучению инвалидности и деятельности ВТЭК и внедрению мероприятий по снижению, профилактике инвалидности и реабилитации инвалидов	Постоянно	
10.	Материалы (акты, справки по обследованию предприятий, совхозов, колхозов) по изучению трудового устройства инвалидов	5 лет, ЭПК*	
11.	Планы работы ВТЭК и комплексные планы мероприятий по снижению заболеваемости и инвалидности	Постоянно	
12.	Протоколы заседаний ВТЭК	50 лет	
13.	Акты ВТЭК об освидетельствовании и материалы к актам (направление на ВТЭК, выписка из истории болезни и др.)	50 лет	
14.	Акты освидетельствования инвалидов во ВТЭК на получение автомашин и мотоколясок и материалы к ним (данные обследований и др.)	10 лет	
15.	Приемно-сдаточные акты (при смене ответственных исполнителей и т. д.)	Постоянно	

*Председатель ВТЭК*

\* Отметка ЭПК (экспертная проверочная комиссия) означает, что по истечении указанных сроков данные документальные материалы должны быть тщательно просмотрены экспертной комиссией, которая решает вопрос о дальнейшем хранении материалов или об их выделении в качестве не подлежащих хранению.

В примерную номенклатуру дел обычно не включаются некоторые категории вспомогательной документации (регистрационные книги, журналы и др.), которые необходимы для правильной организации делопроизводства.

На каждого больного или инвалида, проходящего освидетельствование во ВТЭК, составляется акт освидетельствования по установленной форме. Акт освидетельствования во ВТЭК является основным экспертным документом, содержанием которого определяется обоснованность вынесенного экспертного решения, выдачи Справки ВТЭК и выписки из Акта освидетельствования для выплаты инвалиду государственной пенсии и предоставления соответствующих льгот. Все разделы акта должны тщательно и аккуратно оформляться только во время заседания комиссии<sup>1</sup>. При этом в акте должны быть:

- 1) исчерпывающие ответы на все имеющиеся в нем вопросы;
- 2) подробные записи всех специалистов и их подписи;
- 3) номер, соответствующий порядковому номеру книги протокола заседаний ВТЭК;

- 4) шифр по новой номенклатуре болезней;
- 5) в необходимых случаях на лицевой стороне в правом верхнем углу делаются следующие отметки: «Экспертиза на дому», «Заочно», «Консультация», «В порядке контроля», «В порядке обжалования», «Динамическое наблюдение», «Утверждение».

Особое внимание должно быть обращено на оформление п. 32 Акта освидетельствования для отражения документов, послуживших основанием для принятия решения ВТЭК о причине, времени наступления инвалидности и степени утраты трудоспособности. Здесь необходимо указать название учреждения, выдавшего документ, дату и номер каждого документа, кратко изложить содержание той части документа, которая послужила основанием для принятия решения. Статистический талон к Акту освидетельствования должен быть тщательно оформлен с заполнением всех предусмотренных в нем граф и полностью соответствовать содержанию Акта освидетельствования во ВТЭК. Статистический талон должен заполняться на каждого больного, освидетельствованного во ВТЭК, так как он служит исходным материалом для составления статистических отчетов ВТЭК по ф. № 7 и 7-а<sup>2</sup>.

Акт освидетельствования во ВТЭК подписывается председателем и всеми членами комиссии и скрепляется круглой печатью ВТЭК. Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в Акт освидетельствования во ВТЭК, должны быть оговорены, скреплены подписью председателя, членов комиссии и печатью ВТЭК. Заседания ВТЭК по освидетельствованию больных должны быть зафиксированы протоколами в книгах протоколов заседаний ВТЭК по установленной форме<sup>3</sup>. Протоколы документально фиксируют место, время, цель заседаний, состав комиссии, содержание работы и принятые решения. Заполнение Книги протоколов заседаний ВТЭК производится медицинским регистратором. Каждый протокол должен иметь порядковый номер, согласно порядковому номеру заседаний от начала года, время начала и окончания заседаний, и точно отражать данные

<sup>1</sup> Методические указания о порядке оформления Акта освидетельствования во ВТЭК. Приложение № 2 к Приказу министра социального обеспечения РСФСР от 12.08.70 г. № 95. М., 1970.

<sup>2</sup> Инструкция по составлению статистических отчетов ВТЭК по формам № 7 и 7-а М-ва соц. обеспечения РСФСР. М., 1970.

<sup>3</sup> Положение М-ва соц. обеспечения РСФСР о врачебно-трудоустройственных комиссиях (ВТЭК). М., 1963, с. 13.

соответствующих разделов Акта освидетельствования во ВТЭК. Если заседание ВТЭК выездное, то в правом верхнем углу Акта делается отметка: «Выездное заседание» и указывается место его проведения.

Количество освидетельствований во ВТЭК отмечается в графе № п/п Книги протоколов заседаний ВТЭК в виде дроби, числителем которой является цифра, соответствующая порядковому номеру числа освидетельствований во ВТЭК от начала года, а знаменателем — цифра, соответствующая порядковому номеру числа освидетельствований на данном заседании ВТЭК. В необходимых случаях слева на полях против порядкового номера освидетельствованного во ВТЭК делаются следующие пометки: «Экспертиза на дому», «Заочно», «Консультация», «В порядке контроля», «В порядке обжалования», «Динамическое наблюдение», «Утверждение».

Протоколы подписываются председателем ВТЭК и членами комиссии с указанием фамилий всех перечисленных лиц. Подписи скрепляются печатью ВТЭК. Книга протоколов заседаний ВТЭК должна быть пронумерована, прошнурована и скреплена печатью и подписью заведующего отделом социального обеспечения. Председатель ВТЭК лично отвечает за точное ведение книги протоколов заседаний комиссии<sup>1</sup>.

**Оформление справок ВТЭК и выписок из актов освидетельствования.** При установлении группы инвалидности инвалиду выдается на руки стандартная Справка ВТЭК<sup>2</sup>, а выписка из Акта освидетельствования (корешок Справки ВТЭК) не позднее следующего дня направляется в соответствующий отдел социального обеспечения или другую пенсионерирующую инвалида организацию для приобщения к пенсионному делу.

Справка ВТЭК и корешок Справки выписываются медрегистратором, который на основании Акта освидетельствования во ВТЭК аккуратно и безошибочно вносит в соответствующие графы Справки ВТЭК (корешок Справки) все необходимые данные. При этом не допускается дописок, поправок или дополнительных записей другими чернилами. Все дополнения должны быть оговорены («исправленному верить»), подписаны председателем ВТЭК и скреплены печатью. Справка и корешок Справки ВТЭК подписываются председателем ВТЭК и скрепляются печатью. Если ВТЭК выписывает Справку инвалидам I и II групп по состоянию зрения, то в справках ВТЭК следует указать «инвалид по зрению». Для этой категории инвалидов установлен ряд льгот (по подоходному налогу, продолжительности рабочего дня, отпусков и др.). Эти льготы предоставляются только в случаях, когда инвалидность по зрению удостоверена Справкой ВТЭК.

Выдача Справки инвалиду регистрируется в книге учета выдачи справок ВТЭК инвалидам. Отправление корешка Справки ВТЭК в отдел социального обеспечения регистрируется в реестре почтовых отправлений.

<sup>1</sup> Методические указания Управления ВТЭ по применению Положения о ВТЭК. М-во соц. обеспечения РСФСР. М., 1963, с. 8—9.

<sup>2</sup> Бланки справок врачебно-трудовых экспертных комиссий являются документами строгой отчетности и изготавливаются централизованно М-вом соц. обеспечения РСФСР. О порядке распределения, выдачи, учета и хранения всех справок, бланков ВТЭК см. Инструкцию М-ва соц. обеспечения РСФСР от 19.06.58 г. в указанных метод. рекомендациях о работе старшей медсестры и медрегистратора ВТЭК, с. 59—64.

**Оформление журнала регистрации и учета консультаций, данных врачами ВТЭК.** Все консультации, данные членами ВТЭК врачам лечебно-профилактических учреждений, органам социального обеспечения, организациям и учреждениям, гражданам, фиксируются в журнале регистрации и учета консультаций<sup>1</sup>, в соответствующих графах которого отражаются необходимые сведения о консультации (кому дана консультация, по какому вопросу, кто ее проводил и т. д.). На основе сведений настоящего журнала в соответствующую графу годового отчета (ф. № 7) вносятся данные о числе проведенных консультаций.

В настоящем журнале не регистрируются случаи освидетельствования больных в порядке консультаций в областных, краевых, республиканских (АССР), центральных городских (Москва, Ленинград) и специализированных ВТЭК по направлению рай(гор)ВТЭК. Эти консультации регистрируются в книге протоколов заседаний ВТЭК. В указанном журнале также не регистрируются коллегиальные консультации в полном составе ВТЭК, проводимые в форме освидетельствования. В этом случае на больного оформляется обычный Акт освидетельствования, и он регистрируется в книге протоколов заседаний ВТЭК.

**Приним, регистрация и рассмотрение входящей корреспонденции.** Вся поступающая во ВТЭК корреспонденция регистрируется медрегистратором в журнале входящей корреспонденции, за исключением документов, не подлежащих регистрации<sup>2</sup>.

Принятые конверты с корреспонденцией, кроме конвертов с надписью «Лично», вскрываются; при этом проверяются правильность доставки, целостность конвертов и наличие указанных в документах приложений. Если при вскрытии конверта будет обнаружено отсутствие документа или приложения к нему, то об этом сообщается отправителю и на документе делается отметка: «Приложения не доставлены». Конверты от поступающей корреспонденции сохраняются и прилагаются к документам в том случае, когда только по конвертам можно установить адрес отправителя или когда дата почтового штемпеля имеет значение для доказательства времени отправки и получения документа. Конверты обязательно сохраняются и прилагаются к заявлениям и жалобам граждан. В правом верхнем углу первой страницы документов, подлежащих регистрации, ставится регистрационный штамп, на котором указываются дата получения документа и порядковый номер.

Вся корреспонденция регистрируется в день поступления и в тот же день передается на рассмотрение председателю ВТЭК. После рассмотрения корреспонденции председателем ВТЭК медрегистратор передает документы исполнителям. В тех случаях, когда исполнение документа требует контроля, медрегистратор заводит контрольную карточку регистрации и движения входящего документа и осуществляет контроль за сроками исполнения.

Документы, ошибочно направленные в адрес ВТЭК, немедленно пересылаются по принадлежности с обязательным извещением в копии сопроводительного письма заявителю.

<sup>1</sup> Методические указания по применению Положения о ВТЭК. М-во соц. обеспечения РСФСР. М., 1963, ст. 9, с. 4.

<sup>2</sup> Организация работы и функциональные обязанности старшей медсестры и медрегистратора ВТЭК. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Л., 1979.



**Порядок оформления и учета исходящей корреспонденции.** Исходящая корреспонденция отправляется медрегистратором. На всех исходящих документах должны быть проставлены регистрационный номер и дата их отправки. Документы, название и содержание которых не требуют пояснения, посылаются без сопроводительных писем (копии справок об инвалидности и др.).

Перед отправкой исходящей корреспонденции медрегистратор обязан проверить правильность указанного в письме адреса, наличие исходящего номера и даты письма, наличие ссылки на номер и дату запроса в ответных письмах.

На конвертах, в которых отправляется исходящая корреспонденция, должны быть указаны почтовый индекс, адрес ее получателя и обратный адрес.

**Порядок регистрации и рассмотрения предложений, заявлений и жалоб граждан.** Работа с предложениями, заявлениями и жалобами граждан во ВТЭК осуществляется в строгом соответствии с указом Президиума Верховного Совета СССР от 12 апреля 1968 г. «О порядке рассмотрения предложений, заявлений и жалоб граждан» (в редакции от 4 марта 1980 г. № 1662-Х); постановлением Президиума Верховного Совета РСФСР от 15 июля 1968 г. «О порядке рассмотрения писем депутатов Верховного Совета РСФСР»; методическими указаниями МСО РСФСР от 20 ноября 1969 г. и другими нормативными актами, регуливающими порядок рассмотрения предложений, заявлений и жалоб граждан<sup>1</sup>.

В республиканских (АССР), краевых, областных и центральных городских (Москва и Ленинград) ВТЭК поступившие заявления, жалобы и предложения граждан регистрируются на контрольной карточке регистрации входящего документа в день поступления и в тот же день передаются на рассмотрение руководству председателю ВТЭК, главному эксперту или старшему инспектору по ВТЭК).

Все поступившие и находящиеся на контроле заявления, жалобы и предложения граждан помещаются в алфавитном порядке по дням исполнения в одном ящике, разделенном особыми (цифровыми) карточками, на выступах которых обозначены цифры от 1 до 30 или 31 (по числу дней данного месяца). Вся переписка по заявлениям, жалобам и предложениям граждан хранится в шкафах регистратуры ВТЭК в отдельных папках по каждому району. Персональная ответственность за своевременное рассмотрение и разрешение жалоб, заявлений и предложений граждан, поступивших во ВТЭК, возлагается на председателя ВТЭК, главного эксперта по ВТЭК и старшего инспектора по ВТЭК.

**Оформление и хранение врачебно-трудовых экспертных дел.** Экспертные дела<sup>2</sup> хранятся в помещениях соответствующих отделов социального обеспечения или во ВТЭК. Хранение экспертных дел должно гарантировать их полную сохранность и неприкосновенность со стороны посторонних лиц<sup>3</sup>. Экспертные дела нумеруются (присваи-

<sup>1</sup> Положение о ВТЭК М-ва соц. обеспечения РСФСР. М., 1963, ст. 28, с. 12. Методические указания по применению Положения о ВТЭК. М., 1963, с. 22.

<sup>2</sup> Экспертное дело представляет собой акт освидетельствования или совокупность актов с материалами ВТЭК к ним (направление на ВТЭК, выписки из истории болезни и др.), подшитые в твердые обложки или папки (скоросшиватели) в хронологическом порядке.

<sup>3</sup> Организация работы и функциональные обязанности старшей медсестры и медрегистратора ВТЭК. Методические рекомендации. Л., 1979, с. 34—35.

вается порядковый номер Акта освидетельствования) и хранятся по годам в алфавитном порядке или по номерам. При хранении экспертных дел по номерам заполняется алфавитный журнал, где записываются фамилии и инициалы всех лиц, на которых заведены экспертные дела.

Председатель и медрегистратор ВТЭК несут персональную ответственность за надлежащее оформление и сохранность экспертных дел.

Выдача экспертных дел на руки посторонним лицам, в частности пересылка их во ВТЭК через инвалида, категорически запрещена.

Экспертные дела лиц, которые признаны трудоспособными и после этого в течение года не обращались во ВТЭК, а также лиц, группа инвалидности которым установлена бессрочно, хранятся отдельно (недействующий архив).

Для учета архивных дел заводятся алфавитные книги, в которых указываются фамилии и инициалы лиц, проходивших освидетельствование во ВТЭК, дата освидетельствования и номера экспертных дел.

При переезде инвалида на новое постоянное место жительства экспертное дело вместе с пенсионным делом после описи всех документов отсылается отделом социального обеспечения в 3-дневный срок после получения запроса из рай(гор)собеса по новому месту жительства инвалида<sup>1</sup>.

Порядок сдачи дел ВТЭК в архив отдела социального обеспечения. Исполненные и не требующиеся для текущей работы документы сдаются в архив соответствующего отдела соцобеспечения раз в год в сроки, установленные заведующим отделом.

Хранение печатей, штампов и бланков. Печать ВТЭК вместе с бланками строгой отчетности хранится в сейфе ВТЭК. Штампеля хранятся у старшей медсестры и медрегистратора, которым предоставлено право пользоваться ими. Хранение печатей, штампов и бланков в открытых шкафах и рабочих столах запрещается.

Организация справочно-кодификационной работы по законодательству о врачебно-трудовой экспертизе. Учитывая важность знания работниками ВТЭК действующего законодательства, МСО РСФСР в своем письме от 14 июня 1979 г. № 1-100-И предложило всем ВТЭК и отделам социального обеспечения организовать и вести справочно-кодификационную работу по систематизации законодательства о врачебно-трудовой экспертизе<sup>2</sup>. В соответствии с указанным письмом необходимо завести в первичных и высших ВТЭК:

1.1. Хронологические подшивки приказов, инструктивных (методических) писем министерства социального обеспечения РСФСР, решений и разъяснений других вышестоящих органов по вопросам врачебно-трудовой экспертизы.

1.2. Контрольные экземпляры действующих нормативных и инструктивно-методических материалов по следующим разделам врачебно-трудовой экспертизы:

1.2.1. По организации работы ВТЭК.

---

<sup>1</sup> Письмо М-ва соц. обеспечения РСФСР от 4.07.58 г. № 1-356-9. — В кн.: Врачебно-трудовая экспертиза/Сборник законодательных и методических материалов под ред. А. Ф. Третьякова. М., 1959, с. 406—407.

<sup>2</sup> Об организации справочно-кодификационной работы по законодательству о врачебно-трудовой экспертизе. Письмо Мин-ва соц. обеспечения РСФСР от 14.06.79 г. № 1-100-И. М., 1979.

- 1.2.2. По определению групп и сроков инвалидности.
- 1.2.3. По установлению причин инвалидности.
- 1.2.4. По определению степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах).
- 1.2.5. По определению медицинских показаний и противопоказаний на получение инвалидами автомототранспорта.
- 1.2.6. По оформлению и ведению форм первичных учетно-отчетных документов по врачебно-трудовой экспертизе.
- 1.3. Тематические подшивки материалов по вопросам врачебно-трудовой экспертизы.

Надлежащая систематизация нормативных актов и материалов по врачебно-трудовой экспертизе является важной задачей первичных и высших ВТЭК.

## СТАТИСТИКА ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Современный уровень развития социального обеспечения выдвигает новые задачи перед работниками врачебно-трудовой экспертизы, и в их решении соответствующее место должно отводиться статистическому анализу материалов об инвалидности. Инвалидность является одним из важных показателей качества организации здравоохранения, эффективности методов лечения и профилактики, уровня медицинской науки и др. Показатели инвалидности справедливо относят к числу важнейших критериев здоровья населения. В работе ВТЭК отражается динамика крупного социального явления, имеющего все права на широкое общественное внимание. МСО РСФСР и, в частности, Управление врачебно-трудовой экспертизы в ряде руководящих документов<sup>1</sup> обязывает главных экспертов и председателей областных, краевых и республиканских ВТЭК обеспечивать правильное и полное ведение учета работы ВТЭК; ежегодное проведение инструктажа председателей ВТЭК о правилах составления отчетов ВТЭК; контроль за своевременным представлением отчетов ВТЭК в соответствующие отделы социального обеспечения и высшие ВТЭК; составление каждой ВТЭК обстоятельной объяснительной записки к годовому отчету по ф. № 7, в которой отражаются наиболее важные мероприятия, проведенные комиссией. Главные эксперты и председатели ВТЭК принимают активное участие в организации учетно-отчетной деятельности ВТЭК и обобщении данных об инвалидности. Наряду с врачами-экспертами, участвующими в разработках, они должны знать основные методические приемы анализа статистических данных и иметь четкое представление о следующих общетеоретических и практических вопросах<sup>2</sup>: о предмете и задачах статистики врачебно-трудовой экспертизы; об учетно-отчетной деятельности ВТЭК; об основных показателях, характеризующих инвалидность и деятельность ВТЭК; об основных требованиях, предъявляемых к статистике врачебно-трудовой экспертизы; об основных методических приемах обработки, анализа и использования статистических данных.

<sup>1</sup> Инструкция по составлению статистических отчетов ВТЭК по формам № 7 и 7-а М-ва соц. обеспечения РСФСР. М., 1970; Положение о ВТЭК МСО РСФСР. М., 1963 с. 11, ст. 24; Методические указания Управления ВТЭ по применению Положения о ВТЭК М-ва соц. обеспечения. М., 1963, с. 20-21. разд. «Об отчетах ВТЭК».

<sup>2</sup> Статистические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. Методические рекомендации. Л., 1975.

Статистика любой отрасли знаний — это прежде всего правильно организованный учет изучаемых явлений. В методических указаниях Управления ВТЭ (1963) в разделе VIII «Об отчетах ВТЭК» и Инструкции МСО РСФСР (1970) по составлению статистических отчетов ВТЭК сказано, что все комиссии должны вести строгий и полный учет каждого экспертного освидетельствования и консультационного обследования, а также всей организационно-методической работы по снижению инвалидности и выполнению постановления Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299 «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы (СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34).

Статистика врачебно-трудовой экспертизы — это раздел санитарной статистики, который изучает и разрабатывает показатели, характеризующие количественную и качественную стороны инвалидности и деятельности ВТЭК. Из этого следуют два важных положения.

Во-первых, статистика ВТЭ, являясь разделом санитарной статистики, должна при изучении, разработке, анализе в области врачебно-трудовой экспертизы руководствоваться основными положениями, методическими приемами, принципами указанной отрасли знаний (санитарной статистики)<sup>1</sup>.

Во-вторых, следует соблюдать принцип преемственности в работе органов врачебно-трудовой экспертизы и здравоохранения при анализе показателей, характеризующих инвалидность и заболеваемость, и установить постоянный и своевременный взаимобмен статистической информацией об инвалидности и заболеваемости между органами врачебно-трудовой экспертизы и здравоохранения.

Данные об инвалидности должны использоваться органами здравоохранения для организации диспансерного обслуживания определенных контингентов больных и инвалидов, для решения ряда других вопросов профилактики заболеваний и инвалидности.

Наиболее важные вопросы статистики врачебно-трудовой экспертизы можно обобщить в следующих двух основных группах: изучение инвалидности и ее динамики; изучение деятельности ВТЭК.

Ценность исходных материалов ВТЭК определяется не только их содержанием, но и тем, что официальные учетно-отчетные документы являются едиными для всех ВТЭК. Все основные учетно-отчетные документы ВТЭК заполняются врачами-экспертами или председателем комиссии, а высшие ВТЭК осуществляют систематический контроль за качеством ведения учетно-отчетной документации ВТЭК. Это обеспечивает, как правило, не только полноту учета всех контингентов больных, проходящих как первичные, так и повторные освидетельствования во ВТЭК, но и единообразие накапливаемых материалов, их качество и достоверность.

Учет и отчетность ВТЭК должны быть источником для осуществления: контроля за выполнением планов работы ВТЭК; оперативного руководства деятельностью ВТЭК; научных и практических обобщений в области врачебно-трудовой экспертизы.

Различают учетные и отчетные документы ВТЭК. К официальным учетным документам ВТЭК следует отнести: Акт освидетель-

---

<sup>1</sup> Приемы, методы, принципы санитарной статистики подробно излагаются в ряде руководств: Учебное пособие по медицинской статистике под ред. Е. Я. Белицкой. Л., 1972; Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. Л., 1974. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. М., 1977, с. 95—292.

ствования во ВТЭК, Книгу протоколов заседаний ВТЭК, статистический талон к Акту освидетельствования во ВТЭК. Для статистических разработок могут быть использованы все три перечисленных документа, но наиболее удобным для обработки и обобщения материалов является статистический талон, который следует считать основой для составления сводного отчета об инвалидности по ф. № 7. Для более углубленных исследований используется Акт освидетельствования во ВТЭК, который содержит в наиболее полном объеме сведения о каждом больном.

Акт освидетельствования во ВТЭК и статистический талон к Акту должны заполняться в строгом соответствии с методическими указаниями о порядке оформления Акта освидетельствования во ВТЭК, утвержденными приказом министра социального обеспечения РСФСР от 12 августа 1970 г. № 95.

Основные медико-биологические и социально-гигиенические признаки, регистрируемые о больном в статистическом талоне ВТЭК, отражаются в 17 имеющихся в нем вопросах (пунктах). В п. 2 фиксируется полное число календарных лет больного ко дню освидетельствования, что позволяет получить характеристику распределения всех освидетельствованных во ВТЭК по возрастным группировкам, в том числе принятым в органах здравоохранения (например, 20—29, 30—39 и т. д.). По п. 3 можно получить характеристику распределения освидетельствованных по полу. Учет распределения инвалидов по возрасту и полу имеет большое значение при решении ряда вопросов врачебно-трудовой экспертизы, особенно трудового устройства, в частности с использованием данных об образовании освидетельствованных (п. 4).

В статистическом талоне содержится и ряд других, не менее важных, сведений: социальная категория свидетелеваемых — рабочий, служащий, бывший военнослужащий, колхозник, члены семьи (п. 5); свидетельствуется впервые, повторно (п. 6); диагноз ВТЭК (п. 7); при повторном освидетельствовании: трудоустроен рационально, нерационально (п. 8); группа инвалидности до освидетельствования (п. 9) и после (п. 10); причина инвалидности (п. 11); степень утраты трудоспособности общей и профессиональной (п. 12); лечебное учреждение, направившее больного на ВТЭК (п. 13); обоснованно или необоснованно направлен на ВТЭК (п. 14); место работы (п. 15) и отрасль промышленности (п. 16); кем работает (п. 17).

Таким образом, статистические талоны ВТЭК дают возможность проводить разработку данных об освидетельствованных по многоплановой программе, а именно: анализ причин и особенностей инвалидности по производственному принципу; анализ причин и особенностей инвалидности по административно-территориальному принципу; анализ причин и особенностей инвалидности по принципу территориального обслуживания лечебно-профилактических учреждений.

Разработка исходного материала в указанных направлениях отвечает одному из основных положений статистики о необходимости анализа изучаемого явления применительно к конкретному месту (конкретная территория, учреждение и т. д.) и времени (в разрезе конкретных отрезков времени, в динамике наблюдения и т. п.).

При более углубленных разработках в дополнение к исходным материалам могут быть использованы данные из актов освидетельствования во ВТЭК, в частности социально-гигиенические характеристики, уточняющие некоторые причины и особенности инвалидности; сред-

немесячный заработок за последний год (п. 8); жилищно-бытовые и семейные условия (п. 11); основная профессия (п. 12); характер и конкретные условия выполняемой работы, как справляется с работой (п. 14); трудовая направленность больного (п. 15); результаты экспертного обследования (п. 16—22); экспертное решение и его обоснование (п. 24—33), включая трудовую рекомендацию ВТЭК и лечебно-восстановительные мероприятия. Таким образом, использование официальных учетных форм ВТЭК как исходных материалов для статистических разработок, позволяет с исчерпывающей полнотой обеспечить выполнение ряда социально-гигиенических исследований.

Отчет по ф. № 7 состоит из 8 разделов, каждый из которых дает возможность вычисления ряда важных для анализа показателей, характеризующих сеть и кадры ВТЭК (раздел I), деятельность ВТЭК (раздел II), результаты первичных освидетельствований в целом и по формам заболеваний, возрасту и группам инвалидности (разделы III, IV и VI), результаты переосвидетельствования инвалидов (разделы V, VII) и результаты освидетельствования по определению степени утраты трудоспособности вследствие несчастных случаев на производстве (раздел VIII).

Отчет по ф. № 7-а составляется только высшими ВТЭК и состоит из двух разделов, характеризующих сеть и кадры ВТЭК, контрольную и методическую функцию высших ВТЭК (раздел I) и результаты переосвидетельствования во ВТЭК в порядке обжалования, контроля и освидетельствования для определения нуждаемости в снабжении инвалидов специальными средствами передвижения (раздел II).

Существует определенная последовательность действий при выполнении статистических исследований во ВТЭК:

1. Определение программы и плана статистического исследования. На этом этапе необходимо уяснить цели и задачи исследования (например, изучить причины первичной инвалидности и разработать предложения по ее снижению); правильно определить объект исследования, исходя из поставленной цели (например, лица, первично признанные инвалидами из конкретного района, города, предприятия и т. д.); уточнить единицу статистического наблюдения (например, каждый, первично признанный инвалидом, из намеченного объекта изучения) и признаки, ее характеризующие (возраст, пол, профессия, группа инвалидности, диагноз и т. д.); наметить конкретные реальные сроки выполнения исследования и ответственных исполнителей; определить официальные учетные, отчетные и другие документы для изучения; разработать неофициальные учетные документы для регистрации признаков изучаемого явления (анкеты, карты и др.); определить метод и число наблюдений (сплошное, выборочное исследование).

2. Статистическое наблюдение (регистрация, собирание материалов). На этом этапе требуется обеспечить полное и качественное заполнение исходных документов для регистрации данных об изучаемом явлении; собирание и соответствующее хранение этих документов; контроль за качеством оформления документов.

3. Обработка и статистическая сводка собранного материала. На этом этапе необходимо проверить правильность шифровки материалов ВТЭК и провести дополнительную шифровку интересующих признаков соответственно избранному коду; правильно распределить (сгруппировать) изучаемый материал по однородным признакам; произвести подсчет числа наблюдений, вычислить необходимые показатели и записать результаты подсчета в заранее разработанные макеты статистических таблиц.

4. Анализ полученных данных. На этом этапе требуется произвести сравнение итоговых данных в динамике по годам с данными однотипных предприятий, учреждений и т. д.; с данными по области, краю, АССР и РСФСР, городу в целом.

Указанные этапы могут быть дополнены еще двумя.

5. Оформление полученных данных с соответствующими выводами и предложениями для использования при составлении информационных писем, методических рекомендаций, статей, докладных записок в советские, партийные, хозяйственные, общественные организации и учреждения.

6. Разработка мероприятий на основе полученных данных по повышению качества ВТЭ, профилактике инвалидности и реабилитации инвалидов и внесение их в комплексные планы района, города, области и т. д. по снижению заболеваемости и инвалидности.

Изучение инвалидности и ее динамики является главной задачей статистики врачебно-трудовой экспертизы. Расчеты наиболее важных показателей инвалидности могут быть осуществлены на основе действующей отчетной ф. № 7 или путем выборочного исследования по материалам статистических талонов ВТЭК или других учетных форм (анкеты, карты и др.). Наибольшее практическое значение и распространение имеют следующие группы показателей.

**Показатели для изучения первичной инвалидности.** Количественная и качественная характеристики первичной инвалидности могут быть получены путем вычисления соответствующих показателей из раздела III «Результаты первичных освидетельствований», из раздела IV «Результаты первичных освидетельствований рабочих и служащих», из раздела VI «Результаты первичных освидетельствований членов колхозов» отчетной ф. № 7. При этом могут быть вычислены интенсивные показатели первичной инвалидности, характеризующие частоту явления, т. е. уровень нового притока инвалидов. Эти показатели дают ответ на вопрос, как часто лица из числа рабочих и служащих (или колхозников) конкретной территории (область, край, АССР или район) признаются инвалидами — в целом по всему контингенту или в отдельности по каждой группе заболеваний, возрасту, группам инвалидности и т. д. Вычисляются также и экстенсивные показатели, характеризующие, в отличие от интенсивных, уже не частоту изучаемого явления (например, первичной инвалидности), а его структуру, т. е. распределение общего числа инвалидов на составные части по определенным качественным признакам (возрасту, формам заболевания и т. д.), выраженные, как правило, в процентах к целому.

При анализе инвалидности одним из основных является вопрос о появлении новых инвалидов из числа рабочих и служащих (или колхозников). Анализ интенсивного показателя, свидетельствующего о росте или снижении первичной инвалидности, имеет большое социально-гигиеническое значение. Интенсивный показатель первичной инвалидности характеризует число впервые признанных инвалидами на каждые 10 000 рабочих и служащих (или колхозников) области, края, АССР или отрасли промышленности за отчетный период (как правило, год). Он вычисляется по формуле:

$$\frac{\text{Общее число рабочих и служащих (или колхозников), впервые признанных инвалидами (за год)} \times 10000}{\dots}$$

---

Общая численность рабочих и служащих (или колхозников) области, края, АССР или отрасли промышленности, сельского хозяйства

Полученные данные целесообразно сопоставить с уровнем интенсивного показателя первичной инвалидности за предыдущие годы и тем самым установить положительную или отрицательную динамику показателя в изучавшемся году, а также в сравнении с таким же показателем по области или республике. Наибольшее значение имеют вычисление и анализ интенсивного показателя первичной инвалидности по территории в целом; интенсивных показателей первичной инвалидности вследствие отдельных групп заболеваний и по другим медико-биологическим и социально-гигиеническим признакам (группам инвалидности, полу, профессии и др.).

К экстенсивным показателям, характеризующим качественное распределение, относятся показатели распределения первично признанных инвалидами по группам инвалидности, по отдельным группам болезней, по отдельным возрастным группам, по социальным категориям (рабочих, служащих, членов колхозов).

Показатели для изучения эффективности мер медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов. Реабилитация больных и инвалидов является одной из важнейших проблем советского здравоохранения, врачебно-трудовой экспертизы и социального обеспечения. Правильная оценка и планирование реабилитационных мероприятий могут быть более успешными при использовании объективных критериев (показателей), характеризующих состояние реабилитации больных и инвалидов. Два основных контингента больных особо нуждаются в мерах реабилитации: инвалиды и длительно болеющие с временной утратой трудоспособности (4 мес и более).

Оценка мероприятий по реабилитации инвалидов должна быть комплексной и основываться на анализе следующих 3 групп показателей, вычисляемых по данным раздела V «Результаты переосвидетельствования инвалидов» действующей отчетности по ф. № 7: показатели медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов; показатели стабильности групп инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК; показатели утяжеления групп инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК.

Показатели медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов характеризуют число лиц на каждые 100 инвалидов, повторно освидетельствованных во ВТЭК, которым в результате проведения комплекса функционально-восстановительных мероприятий (медицинская реабилитация) и комплекса мероприятий по рациональному трудовому устройству (профессиональная реабилитация) возвращена полностью или частично трудоспособность или достигнуто уменьшение тяжести инвалидности.

Вычисление показателей производится по следующим формулам:  
*показатель полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов:*

$$\frac{\text{Общее число инвалидов, признанных трудоспособными}}{\text{Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных во ВТЭК}} \times 100$$

$$\frac{\text{Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных во ВТЭК}}{\text{Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных во ВТЭК}} \times 100$$

*показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов:*

$$\frac{\text{Общее число признанных инвалидами III группы (из числа инвалидов I и II групп)} \times 100}{\text{Общее число повторно освидетельствованных во ВТЭК инвалидов I и II групп}}$$

$$\frac{\text{Общее число повторно освидетельствованных во ВТЭК инвалидов I и II групп}}{\text{Общее число повторно освидетельствованных во ВТЭК инвалидов I и II групп}}$$



*суммарный показатель медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов:*

$$\frac{\text{Общее число инвалидов, переведенных в менее тяжелую группу инвалидности} + \text{число инвалидов, признанных трудоспособными} \times 100}{\text{Общее число повторно освидетельствованных во ВТЭК}}$$

Показатели реабилитации касаются положительных изменений в состоянии трудоспособности инвалидов, отражают мероприятия органов здравоохранения, социального обеспечения, других ведомств по восстановлению трудоспособности и являются критериями оценки их деятельности по мерам реабилитации.

Показатели стабильности групп инвалидности характеризуют общее число инвалидов, оставшихся после очередного освидетельствования во ВТЭК инвалидами прежней группы инвалидности (в целом по всем и в отдельности по группам инвалидности) на каждые 100 инвалидов, повторно освидетельствованных во ВТЭК.

Вычисление показателей производится по следующим формулам:  
*показатель стабильности I группы инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК:*

$$\frac{\text{Общее число инвалидов, оставшихся после очередного освидетельствования в прежней группе (из числа инвалидов I группы)} \times 100}{\text{Общее число инвалидов I группы, освидетельствованных во ВТЭК}}$$

Показатели стабильности II и III групп инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК вычисляются по аналогичным формулам (с проставлением в них соответственно общего числа инвалидов II и III групп);

*суммарный показатель стабильности групп инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК вычисляется по формуле:*

$$\frac{\text{Общее число инвалидов, оставшихся после очередного освидетельствования в прежней группе (в I, II и III группах)} \times 100}{\text{Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных во ВТЭК}}$$

Показатели стабильности групп инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК характеризуют число лиц, в состоянии трудоспособности которых за время, истекшее после последнего экспертного освидетельствования, не произошло существенных изменений и, следовательно, нет оснований к изменению их группы инвалидности.

Показатели утяжеления групп инвалидности (в целом и в отдельности по II и III группам инвалидности) характеризуют число инвалидов, переведенных в более тяжелую группу инвалидности после очередного освидетельствования во ВТЭК на каждые 100 повторно освидетельствованных.

Вычисление показателей производится по следующим формулам:  
*показатель утяжеления II группы инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК:*

$$\frac{\text{Общее число инвалидов, переведенных в I группу инвалидности (из числа инвалидов II группы)} \times 100}{\text{Общее число инвалидов II группы, освидетельствованных во ВТЭК}}$$

*показатель утяжеления III группы инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК вычисляется аналогично;*

*суммарный показатель утяжеления групп инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК:*

Общее число инвалидов, переведенных в более тяжелую группу инвалидности (из числа инвалидов II и III групп)  $\times$  100

Общее число инвалидов II и III групп, освидетельствованных во ВТЭК

Показатели утяжеления групп инвалидности повторно освидетельствованных во ВТЭК характеризуют число лиц, в состоянии здоровья и трудоспособности которых за время, истекшее после очередного освидетельствования, произошли существенные изменения в сторону ухудшения, дающие основание к определению более тяжелой группы инвалидности.

Вычисление и анализ показателей реабилитации инвалидов, стабильности и утяжеления групп инвалидности дают полное представление о направленности изменений в состоянии трудоспособности контингента инвалидов, повторно освидетельствованных во ВТЭК (суммарные показатели в сумме составляют 100 %).

Комплексный анализ указанных показателей может способствовать выявлению неиспользованных резервов медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов. Такой анализ необходимо проводить в областях, краях и АССР по отдельным городам и районам ежегодно в сопоставлении с данными предыдущих лет.

Существует определенная взаимосвязь уровней показателей реабилитации с нозологическими формами, явившимися причиной инвалидности, профилем ВТЭК, соотношением групп инвалидности и другими качественными параметрами (возраст, пол и др.). В тех областях (краях, АССР), где в структуре инвалидности преобладают болезни органов кровообращения, нервной системы, злокачественные новообразования, психические расстройства, показатели реабилитации, как правило, ниже среднереспубликанских данных. Показатели медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов по данным специализированных ВТЭК для больных с травмами опорно-двигательной системы, туберкулезом, профессиональными заболеваниями в 2-4 раза выше соответствующих показателей по данным специализированных кардиологических, психиатрических, офтальмологических и онкологических ВТЭК. Особенно низкие показатели реабилитации инвалидов по специализированным психиатрическим ВТЭК (суммарные показатели чаще всего 2,4-2,9) и, наоборот, наиболее высокие - по специализированным ВТЭК для больных с травмами опорно-двигательной системы (суммарные показатели - 43,5-46,0) и профессиональными заболеваниями (суммарные показатели - 18,0).

Показатели для оценки эффективности мер реабилитации длительно болеющих с временной утратой трудоспособности (4 мес и более). Для оценки эффективности мер реабилитации этой категории больных можно использовать следующие 3 показателя:

*показатель полной реабилитации длительно болеющих:*

Общее число признанных трудоспособными (из числа длительно болеющих)  $\times$  100

Общее число длительно болеющих с временной утратой трудоспособности 4 мес и более

*показатель частичной реабилитации длительно болеющих:*

$$\frac{\text{Общее число признанных ограниченно трудоспособными} \\ (\text{из числа длительно болеющих}) \times 100}{\text{Общее число длительно болеющих с временной утратой} \\ \text{трудоспособности 4 мес и более}}$$

*показатель неэффективности мер реабилитации:*

$$\frac{\text{Общее число признанных инвалидами I - II групп} \\ (\text{из числа длительно болеющих}) \times 100}{\text{Общее число длительно болеющих с временной} \\ \text{утратой трудоспособности 4 мес и более}}$$

Расчеты указанных показателей могут быть осуществлены на основе данных учетной документации ВТЭК и ВКК (статистический талон, отрывной талон к направлению на ВТЭК), а также специально разработанных анкет. Они могут рассчитываться по всей территории, обслуживаемой ВТЭК, по отдельным районам, по всему контингенту повторно освидетельствованных или по его частям (группам заболеваний, рабочим и служащим, по возрасту и т. д.).

Особый интерес представляет анализ показателей реабилитации длительно болеющих по результатам продления лечения временно нетрудоспособных (с больничным листом свыше 4 мес по решению ВТЭК). Показатель полной реабилитации длительно болеющих при ряде заболеваний (туберкулез, травмы всех локализаций, болезни органов пищеварения) достигает высоких уровней — 75 — 85%. Значительно ниже этот показатель при болезнях системы кровообращения (56,5%), нервной системы (62%), костей (65,9%), органов дыхания (66,3%). Показатель частичной реабилитации длительно болеющих при большинстве заболеваний колеблется в пределах 15 — 18%, достигая при болезнях органов кровообращения, нервной системы, костей и органов дыхания более высоких цифр (25 — 30%). Показатель неэффективности мер реабилитации длительно болеющих, как правило, находится в пределах 3 — 5%, однако при психических расстройствах и болезнях системы кровообращения он достигает более высоких цифр (соответственно 9 и 6%).

Высокие уровни показателей полной и частичной реабилитации длительно болеющих с временной утратой трудоспособности 4 мес и более указывают на целесообразность в показанных случаях продления лечения по больничному листку по решению ВТЭК свыше 4 мес.

Для решения некоторых вопросов социального обеспечения нетрудоспособных вследствие инвалидности может представлять интерес изучение всего контингента инвалидов, состоящих на учете в органах социального обеспечения. Однако исходных данных по этому контингенту во ВТЭК не имеется, и в таких случаях следует воспользоваться данными, содержащимися в отчетах отделов социального обеспечения (ф. № 94-рик).

Основная задача анализа статистических данных — выявление внутренних резервов для улучшения качества работы ВТЭК, совершенствования мер профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов.

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ТРУДОВОГО УСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ<sup>1</sup>

Под трудовым устройством инвалидов подразумевается система государственных и общественных мероприятий, направленных на обеспечение участия инвалидов в общественно полезном труде соответственно состоянию их здоровья, квалификации и личным склонностям.

Трудовое устройство включает мероприятия по подготовке и вовлечению инвалидов в трудовую деятельность, а также динамическое наблюдение за состоянием их трудоспособности.

Социалистическое общество, предоставляя лицам с ограниченной трудоспособностью возможность трудиться без какого бы то ни было ущерба для здоровья, охраняет важнейшие интересы инвалидов и в известной мере расширяет свои трудовые ресурсы. Если работа, на которую устраивается инвалид, соответствует состоянию его здоровья, профессиональной подготовке и личным склонностям, участие в трудовом процессе оказывает положительное воздействие на развитие механизмов компенсации и адаптации организма, а также укрепление воли к труду.

Правильное решение вопросов трудового устройства основывается на теоретических положениях клинической медицины, физиологии и гигиены труда.

*Физиологическая и социальная целесообразность трудовой деятельности человека в соответствии с состоянием его здоровья.* Роль труда в жизни общества многообразна. Труд выступает первейшей жизненной необходимостью, поскольку обеспечивает создание материальных благ, без которых не только здоровье, но и сама жизнь человека невозможна. Труд, кроме того, изменяет самого человека, его личность, развивает физические и умственные способности, органы чувств.

Классики марксизма-ленинизма, определяя труд как социальную категорию, одновременно рассматривали его и как категорию биологическую, так как он связан с затратой физической (мышечной) энергии или умственным напряжением, в основе которых лежат сложные химические реакции.

Труд является мощным фактором совершенствования всех соматических и психических функций человека. Определяя противопоказания к выполнению того или другого вида труда в зависимости от тяжести тех или иных нарушений, следует учитывать, что рационально организованный труд оказывает благоприятное влияние на течение патологического процесса и способствует восстановлению нарушенных функций организма.

*Целесообразность, взаимодействие и обусловленность всех внутренних процессов организма в единстве с окружающей средой.* «Труд есть прежде всего процесс, совершающийся между человеком и природой, процесс, в котором человек своей собственной деятельностью опосредствует, регулирует и контролирует обмен веществ между собой и природой»<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> См. литературу № 1, 2.

<sup>2</sup> Маркс К., Энгельс Ф. Полн. собр. соч., т. 23, 1960, с. 188.

Экспертиза трудоспособности основывается на представлении о единстве организма и среды. Организм рассматривается как единое целое во взаимосвязи с внешней средой, а не как совокупность отдельных его систем или органов.

Включение инвалидов в трудовую деятельность обуславливается не только состоянием функций организма в целом и отдельных его систем, но и рядом социальных факторов, особенно профессиональных. Вынося экспертное решение, следует учитывать характер и условия труда, в которых предстоит работать свидетелю. Рекомендованный труд должен способствовать улучшению функционального состояния пораженных органов или систем. Трудовое устройство без учета социальной среды препятствует восстановлению трудоспособности инвалида и иногда может усугублять нарушение функций, послужившее причиной инвалидности.

*Высокие компенсаторные возможности организма, его способность приспосабливаться к различным, постоянно меняющимся условиям как социальной, так и биологической среды.* При правильной организации труд способствует развитию компенсации нарушенных функций. Процессы компенсации развиваются и в неповрежденном, здоровом организме, поставленном в особо трудные или необычные условия, при которых функциональные возможности различных органов и систем оказываются недостаточными. Развитие компенсации у здоровых лиц и у больных с нарушением структуры и функции различных органов имеет существенные отличия. В частности, в больном организме наблюдается замещение утраченных или нарушенных функций одних органов или систем другими. Под компенсацией в подобном случае понимается приспособляемость при неблагоприятных для организма условиях (заболевание, увечье, дефект развития и т. п.). При недостаточности каких-либо функций в здоровом организме происходит не замещение, а включение дополнительных компенсаторных механизмов.

Успешность приспособления в первую очередь зависит от характера самого дефекта. Известно, что дефекты или нарушения функции одной из конечностей компенсируются легче, чем дефекты органов чувств или внутренних органов. Развитию компенсаторного приспособления в процессе профессионального труда препятствует наличие добавочных и вторичных дефектов в организме.

Наряду с этим важную роль играют возраст, образование и интеллект. Лица молодого возраста приспособляются быстрее и лучше, чем среднего и пожилого возраста. Чем выше уровень образования и интеллект, тем легче и быстрее развиваются процессы компенсации нарушенных функций. Компенсацию нельзя рассматривать вне требований, предъявляемых к организму в процессе труда. В каждом отдельном случае необходимо правильно оценить реакцию организма на выполняемую, согласно трудовой рекомендации ВТЭК, работу в новых условиях, а также решить, соответствует ли выполняемая работа функциональным возможностям инвалида и играет ли она положительную роль в развитии механизма компенсации. Приспособление больного к постоянно меняющимся условиям среды является одной из основных жизненно важных функций организма. Подавление компенсаторно-приспособительных механизмов или срыв уже имевшейся компенсации приводит к снижению, а в отдельных случаях — к потере трудоспособности больного. Наоборот, развитие компенсаторных процессов способствует восстановлению трудоспособности.

При экспертизе трудоспособности следует оценивать не только тяжесть патологического процесса, его особенности и характер, но и степень компенсационных нарушенных функций. В основе ошибочных экспертных решений лежит: переоценка тяжести патологического процесса; недооценка тяжести патологического процесса, замаскированного компенсацией имеющихся нарушений; недооценка факторов, стимулирующих развитие компенсаторных процессов или, напротив, сдерживающих их развитие, и др.

Компенсаторные процессы легче формируются в условиях привычной профессиональной деятельности, когда замещение утраченных функций происходит на основе прочно закрепленных временных связей.

*Использование прежних профессиональных навыков, привычек, рабочей установки, динамического стереотипа.* Динамический стереотип характеризуется И. П. Павловым следующим образом: «На большие полушария как из внешнего мира, так и из внутренней среды самого организма непрерывно падают бесчисленные раздражения различного качества и интенсивности... Все это встречается, сталкивается, взаимодействует и должно в конце концов систематизироваться, уравновеситься, так сказать, закончиться динамическим стереотипом», т.е. созданием привычек, определенной рабочей установки и приобретением навыков... «В окончательном результате получается динамический стереотип, т.е. слаженная, уравновешенная система внутренних процессов. Образование, установка динамического стереотипа есть нервный труд чрезвычайно различной напряженности...»<sup>1</sup>.

Будучи выработанным, динамический стереотип на все последующее время способствует сохранению нервной энергии, облегчает протекание нервных процессов. Длительная работа в одной и той же профессии и производственных условиях, сохранение постоянного уклада жизни в течение многих лет приводит к образованию динамического стереотипа в работе больших полушарий. Одна и та же последовательность возникновения очагов возбуждения и торможения в коре головного мозга со временем закрепляется, постепенно вырабатываются производственные навыки, автоматизируются соответствующие формы деятельности человека. В результате этого значительно облегчается выполнение профессиональной работы.

При нарушении динамического стереотипа, прекращении привычных занятий нарушается сложная и уравновешенная система внутренних процессов. Выработка нового динамического стереотипа требует огромного нервного напряжения. Чрезвычайно важно поэтому сохранять сформировавшийся динамический стереотип, т.е. прежнюю профессию, рабочую обстановку, элементы производственной деятельности во всех случаях, когда это возможно. Для этого требуется осведомленность о видах труда как в данной, так и ряде смежных профессий, где частично могут быть использованы приобретенные ранее навыки. Динамический стереотип может изменяться, совершенствоваться, обеспечивая тем самым более высокую степень приспособляемости организма.

*Активная воля к труду — трудовая направленность.* Отношение индивида к работе на предприятии в значительной степени определяет эффективность труда. Исследованиями высшей нервной деятельности показано, что настойчивость, активный интерес к работе способствуют

<sup>1</sup> Павлов И. П. Полн. собр. соч. М.—Л., 1951. Т. III, кн. 2, с. 240—241.

развитию компенсаторных процессов, обеспечивающих приспособление к труду и повышение эффективности труда инвалидов.

*Трудовое устройство как динамический процесс подготовки и вовлечения инвалидов в трудовую деятельность.* Успех трудового устройства зависит в значительной степени от уровня развития науки и техники. Оздоровление условий труда и быта трудящихся, механизация и автоматизация, технический прогресс, переход на неполную рабочую неделю и рабочий день изменяют характер труда и физиологические характеристики трудовых процессов. Все это является новым этапом в расширении возможностей трудового устройства инвалидов.

Развитие производства изменяет характер и условия труда, приводит к дальнейшему совершенствованию человека, формированию новых трудовых навыков, увеличивает возможности для творчества. Автоматизация, электрификация, механизация, химизация, с одной стороны, облегчают труд, с другой — ломают привычный стереотип. Однако в условиях социалистической действительности создаются реальные возможности сочетать интересы государства по восстановлению трудовых резервов и инвалидов, возвращающихся к общественно полезной трудовой деятельности. Наиболее полно реализация этих возможностей может быть достигнута при условии научного подхода к решению вопросов трудового устройства инвалидов, начальным этапом которого является трудовая рекомендация ВТЭК. От ее правильности, рациональности и научной обоснованности зависит успех и качество трудового устройства инвалида.

Существует ряд методов, позволяющих определить состояние отдельных функций организма, уточнить принципы трудового устройства и трудовых рекомендаций, а также оценить качество трудовой деятельности инвалидов.

*Методы функциональной диагностики* позволяют наиболее точно оценить состояние функций организма, механизмов компенсаторного приспособления, влияние трудовых процессов на трудоспособность инвалида. Для оценки качества трудовых рекомендаций ВТЭК и трудового устройства инвалидов функциональные исследования проводятся в условиях производства. При помощи функциональных методов исследования можно уточнить, какими резервами располагает поврежденная система или больной организм в целом, чтобы обеспечить адекватное функционирование в различных условиях внешней и внутренней среды.

В результате изучения реакции различных систем организма на предъявленные к ним требования в процессе профессиональной деятельности выявляется способность к восстановлению или компенсации нарушенных функций. Это дает возможность устанавливать в каждом отдельном случае необходимые ограничения в труде, а также определять доступные условия и характер труда.

Функциональные исследования, проведенные в условиях производства, помогают выявить оптимальный путь повышения трудоспособности инвалидов: функционально-восстановительное лечение; уменьшение требований, предъявляемых к организму в процессе производственной деятельности; переобучение. В соответствии с результатами этих исследований инвалиды могут привлекаться не только к выполнению легких видов труда, но и требующих умеренного физического напряжения.

При определении трудовой рекомендации необходимо устанавливать показания и противопоказания к выбору другой профессии

или продолжению работы в прежней профессии. Необходимо уточнять требования, предъявляемые к работающему в процессе конкретной профессиональной деятельности, а также соответствие трудовых возможностей инвалида этим требованиям. Основными критериями при подборе профессий инвалидам в соответствии с указанными в трудовой рекомендации ограничениями являются социально-биологические факторы: основная профессия, квалификация, условия и характер труда, склонности, личное желание, образование, возраст, пол и т. п.

Особое значение при определении трудовых рекомендаций больным и инвалидам имеет профессиональный анамнез: основная профессия, специальность, навыки, приобретенные еще до наступления инвалидности, профессиональные перемещения, характер и условия труда. Профессиональные перемещения инвалидов нельзя подменять «профессиональным маршрутом», в котором только перечислены профессии и обычно нет указаний на причины профессиональных перемещений инвалида. Оценка трудоспособности и правильная трудовая рекомендация не могут быть даны без учета объема и специфики выполняемой работы, характера и условий труда, т. е. санитарно-гигиенической характеристики профессии. Незнание профессионального анамнеза может привести к ошибочной оценке трудоспособности инвалида.

При определении трудовых рекомендаций необходимо учитывать квалификационный разряд свидетельствуемого. Совершенно разными по существу и по форме будут трудовые рекомендации квалифицированному и неквалифицированному рабочему. Квалифицированному рабочему можно шире рекомендовать ограничения (неполный рабочий день, выделение подсобной рабочей силы, предоставление дополнительных перерывов в работе и т. п.), причем в значительной части случаев ограничения могут быть предоставлены по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Рабочему с низкой квалификацией, признанному инвалидом, трудовая рекомендация не должна осложнять трудовое устройство либо служить основанием для увольнения.

Неоправдано большие ограничения в труде приводят к тому, что инвалид зачастую не может воспользоваться данной ему трудовой рекомендацией и поступает на непоказанную, а порой и противопоказанную ему работу. Тем самым ухудшается клиническое течение болезни, наступает декомпенсация, уменьшается возможность восстановления трудоспособности. При определении трудовой рекомендации следует учитывать воздействие на организм производственной среды, в частности метеорологических условий, пыли, токсических веществ, вибрации, шума и т. д.

Показания к трудоустройству инвалидов в квалифицированных профессиях при условии динамического диспансерного наблюдения должны быть значительно расширены. Изменение профессии инвалидов должно определяться в соответствии с трудовым прогнозом; деквалификация допустима лишь в случае неблагоприятного трудового прогноза. Лицам молодого возраста с незаконченным или законченным средним образованием, не имеющим квалифицированной профессии, чаще следует рекомендовать обучение и переобучение.

*Анализ трудовой деятельности инвалидов, фактического трудового устройства на производстве и сельском хозяйстве является важным этапом работы ВТЭК, лечебных учреждений, отделов социального обеспечения, а также общественных организаций. Изучение трудового*



устройства на рабочем месте дает возможность определить соответствие трудовых рекомендаций ВТЭК фактическому трудовому устройству. При этом врач-эксперт должен уточнить, соответствуют ли ограничения, перечисленные в трудовой рекомендации, состоянию здоровья инвалида. Особого внимания заслуживают те ограничения, которые могли бы быть предоставлены по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений, такие как работа в кабинетных условиях, без ночных смен, перевод в другие цеха на работу по специальности и т.п., не ведущие к уменьшению объема производственной деятельности или снижению квалификации.

Изучение фактического трудового устройства инвалидов дает возможность проверить правильность оценки трудоспособности и трудовых рекомендаций. При необходимости могут быть внесены соответствующие коррективы, позволяющие лицам, ранее признанным нетрудоспособными в определенных профессиях, вернуться к работе в прежних профессиях, но в новых производственных условиях. Анализ фактического трудового устройства и предоставленных облегченных условий позволяет установить значение рационального трудового устройства в динамике инвалидности, а также помогает выявить причины нерационального трудового устройства.

При изучении фактического трудового устройства особое внимание должно уделяться инвалидам I и II групп, работающим на промышленных предприятиях. В соответствии с Инструкцией по определению групп инвалидности (см. стр. 539) участие в общественно полезном труде инвалидов I и II групп возможно лишь в специально созданных для них условиях.

Наиболее важными являются следующие качественные показатели рационального трудового устройства инвалидов:

- 1) соответствие трудовой деятельности инвалида состоянию его здоровья, тяжести патологического процесса, стадии и форме течения заболевания, степени нарушения функций отдельных органов или систем;
- 2) соответствие трудовой деятельности инвалида уровню образования, возрасту, личным склонностям;
- 3) соответствие предоставленных специальных или облегченных условий труда установленной группе инвалидности;
- 4) преимущественное предоставление инвалидам работы в квалифицированных профессиях, что обеспечивает наиболее полное использование трудовых возможностей и часто приводит к восстановлению трудоспособности.

В ряде случаев показателями правильности трудоустройства инвалида служат уровень производительности труда и размер заработной платы инвалида в новых, рекомендованных ВТЭК, условиях. Выполнение инвалидом производственных норм свидетельствует о правильном подборе работы, рациональной организации рабочего места и т.д.

Практическое использование методических основ трудового устройства способствует улучшению качества трудовых рекомендаций, расширению трудового устройства инвалидов в основных профессиях.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ТРУДОВОГО УСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ<sup>1</sup>

Под трудовым устройством инвалидов понимаются подготовка и вовлечение инвалидов в трудовую деятельность. Различают три этапа трудового устройства: экспертное освидетельствование во ВТЭК; организация мероприятий по подготовке инвалидов к требованиям профессионального труда; динамическое наблюдение за состоянием трудоспособности инвалидов.

Первым этапом трудового устройства является экспертное освидетельствование во ВТЭК. В методике экспертного освидетельствования во ВТЭК различают три основные стадии: 1) медицинской диагностики; 2) определения трудового прогноза; 3) формирования экспертного решения и определения трудовой рекомендации.

С помощью медицинской диагностики необходимо выявить изменения в организме, степень нарушения функции различных органов и систем. Большое значение имеют определение клинического прогноза, установление стойкости возникших анатомических и функциональных изменений, влияющих на трудоспособность и трудовой прогноз.

Врач-эксперт должен определить требования, предъявляемые организму в процессе профессиональной производственной деятельности. Необходимо уточнить, соответствуют ли эти требования состоянию здоровья свидетельствуемого и, если не соответствуют, то какие другие профессии или виды труда следует рекомендовать, учитывая социальные факторы. Критерием для установления соответствия или несоответствия состояния здоровья свидетельствуемого требованиям профессии являются абсолютные или относительные противопоказания к продолжению работы.

Определение трудового прогноза основывается на детальной санитарно-гигиенической характеристике профессии свидетельствуемого либо профессии, в которой он будет работать, если ВТЭК признает невозможным продолжение работы в прежней профессии. Наряду с этим следует учитывать квалификацию, возраст, образование, личные склонности и др., которые могут влиять на дальнейшую профессиональную деятельность инвалида.

Безвредность и физиологическая целесообразность доступной инвалиду трудовой деятельности гарантируется трудовой рекомендацией органов врачебно-трудовой экспертизы. Трудовая рекомендация, определяемая ВТЭК, должна учитывать единство организма и окружающей среды, трудовые возможности инвалида, лечебно-профилактическое значение показанной по состоянию здоровья трудовой деятельности. Трудовое устройство является одной из основных форм социального обеспечения и восстановления трудоспособности инвалидов.

Вторым этапом трудового устройства является организация мероприятий по подготовке инвалидов к требованиям профессионального труда. На этом этапе предусматривается осуществление системы государственных, общественных, медицинских, педагогических, психологических, профессиональных и других мероприятий, направленных

<sup>1</sup> См. литературу № 3, 4, 5.

на возможно раннее и наиболее эффективное восстановление трудоспособности больных и инвалидов (реабилитацию) и возвращение или включение их в обычные условия жизни и общественно полезный труд. В процессе реабилитации и осуществляются необходимые мероприятия по подготовке инвалида к труду.

Прежде всего необходимы *ранняя диагностика* и эффективное лечение больных и инвалидов. Позднее начало восстановительных мероприятий удлиняет сроки реабилитации, снижает ее качество. В задачу ВТЭК входит систематический контроль за полнотой и выполнением мероприятий, направленных на профилактику заболеваний и инвалидности, что отражается в Акте освидетельствования во ВТЭК.

Для обеспечения *непрерывности реабилитации* существуют диспансеризация больных и инвалидов, их своевременное лечение, препятствующее прогрессированию патологического процесса. Реабилитационные мероприятия, предусматривающие одновременное использование медицинских, профессиональных, психологических, социальных мер реабилитации, должны быть *комплексными*. Реабилитационные мероприятия для каждого больного или инвалида носят *индивидуальный характер*.

Реабилитация — это восстановление нарушенных функций и трудоспособности больных и инвалидов (взрослых и детей) путем осуществления системы государственных и общественных, медицинских, профессиональных, психологических и других социальных мероприятий, направленных на максимально эффективное и наиболее быстрое возвращение или включение их в обычные условия жизни и общественно полезный труд.

В реабилитации больных и инвалидов выделяют медицинский и профессиональный аспекты, условно обозначая их медицинской и профессиональной реабилитацией.

Под медицинской реабилитацией подразумевается комплекс функционально-восстановительных мероприятий, направленных на восстановление здоровья, нарушенных функций организма и трудоспособности больного. Медицинскую реабилитацию осуществляют как обычные лечебно-профилактические учреждения, так и специальные, в том числе центры восстановления трудоспособности, которые организуются в соответствии с постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы» от 11 марта 1963 г. № 299, п. 4<sup>1</sup>. Указанные центры организуются, согласно постановлению, Министерством социального обеспечения РСФСР и Министерством здравоохранения РСФСР.

Под профессиональной реабилитацией подразумевается комплекс мероприятий по рациональному трудовому устройству больных и инвалидов, который включает определение трудовой рекомендации, профессиональное обучение и переобучение, подготовку производства к трудовому устройству больных и инвалидов, соответствующую организацию их труда на производстве, динамическое наблюдение за состоянием их трудоспособности.

В целях реабилитации инвалидов на государственных предприятиях, в учебно-производственных предприятиях добровольных обществ слепых и глухих, в сети профессионально-технических училищ и техникумов, созданных в системе социального обеспечения,

<sup>1</sup> СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34.

высшего и среднего специального образования СССР, широко применяется профессиональное обучение. Система социального обеспечения располагает сетью учебных заведений для инвалидов. Обучение в техникумах-интернатах и профессионально-технических училищах системы социального обеспечения проводится с отрывом от производства, причем в двух техникумах имеются заочные отделения.

Основной задачей профтехучилищ и техникумов-интернатов является обучение инвалидов определенным квалифицированным профессиям в тех случаях, когда они не имеют специальности, а также переобучение инвалидов, если по состоянию здоровья они не могут продолжать работу в своей профессии. Срок обучения зависит от выбранной профессии и составляет от 1 года до 4 лет. Техникумы-интернаты готовят для производства специалистов со средним техническим образованием.

Обучение проводится по учебным планам, утвержденным Министерством высшего и среднего специального образования СССР для техникумов и Министерством социального обеспечения РСФСР для профтехучилищ. Все предметы в учебном плане распределяются по циклам: общеобразовательному, общетехническому и специальному. Правом поступления в учебные заведения пользуются только инвалиды, которые по состоянию здоровья могут обучаться и впоследствии работать по приобретенной специальности.

Основным документом, определяющим возможность инвалида обучаться и в дальнейшем работать по специальности, является заключение ВТЭК, учитывающее как основное, так и сопутствующее заболевание. От заключения ВТЭК зависит правильность выбора профиля учебного заведения, формы и метода обучения.

При отборе инвалидов для профобучения ВТЭК должна установить медицинские показания и противопоказания к обучению той или другой специальности или профессии. Трудовую рекомендацию следует определять с учетом клинического и трудового прогноза. В противном случае инвалид нередко не справляется с учебным планом и его отчисляют из учебного заведения либо после окончания профтехучилища или техникума он не может по состоянию здоровья приступить к работе по приобретенной профессии или специальности.

В трудовой рекомендации должна быть указана конкретная профессия, которую инвалид должен приобрести в учебном заведении. При направлении инвалидов в учебное заведение следует руководствоваться показаниями к приему на обучение инвалидов в техникумы-интернаты и профессионально-технические училища, училища-интернаты органов социального обеспечения РСФСР, утвержденными МСО РСФСР 11 июля 1968 г.<sup>1</sup> Рекомендую инвалиду тот или иной профиль обучения, приобретение конкретной профессии, необходимо учитывать режим труда, содержание работы, санитарно-гигиенические условия, в которых она протекает<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Показания к приему инвалидов в техникумы и профессионально-технические училища-интернаты органов социального обеспечения РСФСР. Методические указания. М., 1968.

<sup>2</sup> Министерство социального обеспечения РСФСР от 14 мая 1974 г. № 1-58-И. «О повышении качества трудовых рекомендаций и улучшении профессиональной ориентации инвалидов, нуждающихся в обучении и переобучении».

Инвалидов, окончивших профтехучилище или техникум, органы социального обеспечения трудоустраивают по месту жительства. Ко времени окончания инвалидом учебного заведения ему должно быть подобрано место работы в соответствии с профессией. ВТЭК обязана контролировать трудовое устройство инвалида, окончившего учебное заведение.

Мероприятия по обучению, переобучению и улучшению трудоустройства инвалидов в общественном производстве, развитию сети предприятий, цехов и участков, предназначенных для использования труда лиц с пониженной трудоспособностью, улучшению организации профессионального обучения, созданию профессионально-технических училищ и учебно-производственных комбинатов для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата предусмотрены постановлениями Совета Министров СССР от 10 декабря 1976 г. № 1010 и Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299 «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы»<sup>1</sup>.

Постановлениями предусмотрено укрепление материально-технической базы имеющихся лечебно-производственных мастерских и цехов в домах-интернатах, создание новых цехов и участков путем кооперирования в основном с предприятиями Министерства местной промышленности РСФСР и Министерства бытового обслуживания населения РСФСР. Для обучения инвалидов указанные цеха и участки должны быть обеспечены квалифицированными кадрами. Государственному комитету Совета Министров РСФСР по профессионально-техническому образованию вменено в обязанность улучшить организацию обучения в существующих профессионально-технических училищах.

Постановлением Совета Министров СССР от 10 декабря 1976 г. № 1010 предусмотрена выплата стипендии (при наличии удовлетворительных отметок) инвалидам I группы, обучающимся в высших и средних специальных учебных заведениях на дневных отделениях<sup>2</sup>.

Обучение инвалидов по зрению (слепых и с остаточным зрением), а также глухих осуществляется, как правило, республиканскими обществами слепых и обществами глухих. Производственное обучение учащихся средних школ для слепых осуществляется на базах учебно-производственных предприятий (УПП). Уставом Всероссийского ордена Трудового Красного Знамени общества слепых, принятым XIII съездом Всероссийского общества слепых 13 ноября 1975 г.<sup>3</sup>, предусмотрено обучение соответствующих лиц доступным производственным специальностям и повышение их производственной квалификации. Все вновь принятые в УПП инвалиды, не имеющие специальности или желающие изменить свою профессию, проходят профессионально-техническую подготовку в соответствии с программой профессионально-технического обучения. Положением ВОС<sup>4</sup> предусмотрена переподготовка рабочих, т. е. приобретение ими новых

---

<sup>1</sup> СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34; СП СССР, 1981, № 12, ст. 71, п. 20 Перечня.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 493.

<sup>4</sup> Положение о Всероссийском обществе слепых (ВОС). Трудовое устройство инвалидов в СССР. М., 1963, с. 178.

профессий, а также повышение квалификации. На учебно-производственных предприятиях организуются школы по изучению передовых методов труда в целях массового распространения и внедрения опыта передовиков и новаторов производства. Срок обучения в этих школах не более 1 мес. Руководителями школ назначаются новаторы производства, владеющие прогрессивными приемами и методами работы.

Подготовка рабочих кадров из числа слепых не ограничивается учебно-производственными предприятиями. Профессиональное обучение осуществляется также в специальных школах для слепых, где с отрывом от производства инвалиды по зрению овладевают профессиями столяра, бондаря, массажиста и др. Инвалиды-надомники могут обучаться на дому. Профессиональное обучение инвалидов ведется дифференцированно, в зависимости от степени нарушения зрительных функций. Привитие трудовых навыков, обучение ориентировке в пространстве и самообслуживанию в быту проводится в школах восстановления трудоспособности слепых. Положением предусмотрены правила приема в школы и сроки обучения. В дополнение к правилам предусмотрены прием в школы лиц, работающих в учебно-производственных предприятиях, в учреждениях и организациях Всесоюзного общества слепых (ВОС), нуждающихся в обучении ориентировке в пространстве и самообслуживанию в быту. При этом за работающими слепыми, направленными в школы восстановления трудоспособности, сохраняется 50 % среднего заработка. Инвалиды по зрению могут обучаться в средних специальных и в высших учебных заведениях. В соответствии с распоряжением СНК СССР от 11 августа 1944 г. № 16480-р им выплачивается стипендия на 50 % выше общеустановленных норм стипендии<sup>1</sup>.

Профессиональное обучение глухих и глухонемых осуществляется в основном в учебно-производственных предприятиях (УПП) и специальных профессиональных училищах. В них принимаются глухие независимо от уровня образовательной подготовки, которые нуждаются в получении квалифицированной профессии или переобучении.

На учебно-производственных предприятиях глухих обучают массовым профессиям квалифицированного труда. Занятия проводятся под руководством опытных инструкторов из числа глухих или слышащих, но умеющих пользоваться ручной азбукой и мимикой. На учебно-производственных предприятиях, наряду с практическими, ведутся теоретические занятия. В профессиональных училищах глухие обучаются вместе с другими инвалидами. Они овладевают профессиями слесарей-инструментальщиков, мастеров пошива верхнего платья, модельной обуви и др. В профессиональной подготовке глухих большую роль играют восстановительные центры системы общества глухих. В состав центра входят политехникум, профессионально-техническое училище и учебно-производственное предприятие. Профессиональная подготовка инвалидов включает теоретическое и производственное обучение.

В системе трудовых резервов имеются специальные учебные заведения для профессиональной подготовки глухих. Многие из выпускников общеобразовательных школ для глухих поступают в

---

<sup>1</sup> Трудовое устройство инвалидов в СССР. Сборник нормативных актов и методических материалов. М., 1963, с. 313.

специальные средние и высшие учебные заведения общего типа, куда они принимаются по конкурсным экзаменам.

После окончания обучения глухие трудоустраиваются на предприятия государственной промышленности, некоторые из них переходят в кадровые рабочие УПП.

В средних специальных и высших учебных заведениях для глухих и глухонемых созданы условия, которые позволяют получить профессии инженера, чертежника-конструктора, чертежника-копировщика, технолога и др.

В соответствии с действующим законодательством Министерство социального обеспечения РСФСР и Государственный комитет Совета Министров РСФСР по профессионально-техническому образованию совместно с Министерством просвещения обязаны постоянно улучшать обучение, трудовое устройство и обслуживание лиц с дефектами умственного и физического развития, расширять сеть школ-интернатов, профтехучилищ, вечерних и заочных школ для детей глухих и слабослышащих, слепых и слабовидящих, с расстройством речи и др., выделять учебные заведения и профтехучилища, на которые возлагаются профессиональная подготовка граждан с недостатками слуха и зрения и подростков с дефектами умственного развития и обеспечение трудового устройства всех закончивших профтехучилища и школы-интернаты.

Профессиональное обучение или пересобучение инвалидов может осуществляться также путем индивидуального, бригадного и курсового видов обучения. Эти виды обучения особенно широко практикуются непосредственно на предприятиях. Они же чаще всего используются и для повышения квалификации инвалидов.

Организацией обучения новым профессиям и повышения квалификации занимаются отделы кадров, технической подготовки — завкомы и фабкомы.

При индивидуальной подготовке обучающихся прикрепляются к высококвалифицированному рабочему или к мастеру. При бригадной форме подготовки инвалиды объединяются в ученические бригады и работают на производстве в соответствии с учебной программой под руководством высококвалифицированных бригадиров-инструкторов.

Для повышения квалификации и технических знаний инвалидов на предприятиях работают производственно-технические курсы и школы по изучению передовых методов труда. Теоретические занятия инвалидов проводятся в учебных группах численностью не менее 10 человек, имеющих одинаковые или близкие профессии и необходимую общеобразовательную и техническую подготовку. Продолжительность обучения инвалидов на производственно-технических курсах, в группах повышения квалификации зависит от сложности получаемых профессий, но не превышает 6 мес при обучении без отрыва от работы и 3 мес при обучении с отрывом от работы. Для освоения нового оборудования, технологических процессов, средств механизации и автоматизации производства могут быть созданы целевые группы, срок обучения которых не более 2 мес.

Профессиональное обучение, поставленное на научную основу, обеспечивает постоянную подготовку и переподготовку инвалидов на промышленных предприятиях. В то же время оно является мобилизирующим и организующим средством вовлечения неработающих инвалидов в сферу материального производства. Возраст инвалидов,

принимаемых на индивидуальное, бригадное или курсовое обучение, устанавливается в соответствии с действующим в СССР законодательством о труде.

К мероприятиям, способствующим рациональному трудовому устройству, относится подготовка предприятий к труду инвалидов, а также организация труда на промышленных предприятиях, в учреждениях, совхозах и колхозах. Одним из важных мероприятий является приспособление режима труда к особенностям заболевания инвалида. Под режимом труда понимаются сменность, продолжительность рабочего дня, чередование труда и отдыха и т. п. Инвалиды не всегда могут выполнять работу в обычных производственных условиях. Однако выполнение ее становится возможным при исполнении рабочем дне, специальном подборе работы, сокращении разездов, предоставлении перерывов, дополнительного выходного дня, изменении графика работы, специальной организации рабочего места и т. п. В частности, для инвалидов, имеющих дефекты нижних конечностей, необходимо оборудовать рабочее место особым сидением, обеспечивающим нормальное положение тела, столом, пультом управления, различными приспособлениями и т. д.

Слепые обеспечиваются средствами ориентировки на рабочем месте, специальными кассами для деталей, ограничителями, направляющими шаблонами и кондукторами.

В других случаях, когда инвалид лишен возможности работать на станке вследствие того, что имеющийся у него дефект верхней или нижней конечности не позволяет приводить в действие рычаги управления, соответствующая реконструкция системы управления станка может сохранить ему возможность работать в своей профессии, на прежнем рабочем месте. Замена звуковой сигнализации на световую дает возможность глухим работать в квалифицированных профессиях на промышленных предприятиях. Усовершенствование технологического процесса с уменьшением объема требований, предъявляемых к организму работающего, достигается путем механизации и автоматизации производства, внедрения специализированных операционных станков, применения автоматически действующих контрольных приборов, механизации подачи материалов и т. п.

В ряде случаев необходимо изменить организацию труда. Включение инвалида в одну бригаду со здоровыми лицами дает возможность освободить его от выполнения противопоказанных рабочих операций. Инвалидам, объединенным в бригады, могут быть предоставлены облегченные условия труда; бригаде глухонемых в соответствии с действующими положениями выделяются переводчик, инструктор и т. д.

Закрепление за инвалидами должностей, профессий и видов труда предусматривается постановлением Совета Министров РСФСР от 22 августа 1961 г. № 1070 «О мерах по улучшению трудового устройства инвалидов в РСФСР»<sup>1</sup>. Список должностей и профессий, которые преимущественно должны замещаться инвалидами, составляется врачами-экспертами и врачами медико-санитарных частей или других лечебных учреждений, обслуживающих данное предприятие, совместно с представителями производства. Тем самым определяются профессии или виды труда, работа в которых способствует процес-

<sup>1</sup> Трудовое устройство инвалидов в СССР. Сборник нормативных актов и методических материалов, М., 1963, с. 42.



сам компенсации нарушенных функций и восстановлению трудоспособности инвалидов. В список должны входить в первую очередь основные и квалифицированные профессии, работа в которых приводит к наиболее эффективной и быстрой реабилитации больных и инвалидов.

Некоторые инвалиды могут успешно работать при предоставлении им подсобной рабочей силы. При обработке крупных деталей на станках основное физическое напряжение приходится на момент установки и съема детали, а также подноску сырья. Чтобы облегчить работу квалифицированного рабочего станочника, в частности инвалида, для подноски сырья выделяется подсобная рабочая сила.

Снабжение инвалидов рационально сконструированными рабочими протезами и приспособлениями или ортопедическими аппаратами во многих случаях позволяет им оставаться либо вернуться к прежней работе, либо овладеть новой квалифицированной профессией. Важное значение имеет использование бытовых приспособлений для облегчения самообслуживания инвалидов, что может содействовать высвобождению других членов семьи, ухаживающих за инвалидом, и включению их в производительный труд.

Порядок снабжения населения протезно-ортопедическими изделиями предусмотрен в Инструкции, утвержденной приказом министра социального обеспечения РСФСР от 4 декабря 1964 г. № 122 и согласованной с Госпланом РСФСР и Министерством финансов РСФСР<sup>1</sup>. В соответствии с указанным документом участники войны, престарелые и инвалиды I и II групп, получающие государственное пособие, инвалиды с детства, учащиеся высших и средних учебных заведений, дети в возрасте до 16 лет протезно-ортопедическими изделиями обеспечиваются бесплатно.

Огромное значение в процессе как медицинской, так и профессиональной реабилитации имеет психологическая помощь или психологическая подготовка больного, так как без его активного участия, без мобилизации его воли и желания трудиться часто невозможно добиться успешного хода лечения и восстановления трудоспособности. Однако для полной реабилитации больных и инвалидов в широком смысле слова нередко бывает недостаточно сочетать только меры медицинской и профессиональной реабилитации. Требуется дополнение их еще и мерами по оказанию больным и инвалидам различных видов социальной помощи (пенсонирование, предоставление специального транспорта, бытовая помощь, различные льготы, моральная поддержка и т. д.), так как главная цель реабилитации — не только повысить или восстановить трудоспособность больного или инвалида, а добиться возвращения его в активную трудовую и общественную жизнь.

Третий этап трудового устройства предусматривает динамическое наблюдение за состоянием трудоспособности инвалидов. Под динамическим наблюдением понимается не только периодическая проверка врачами-экспертами, работниками отделов социального обеспечения, врачами лечебных учреждений, медицинскими работниками здравпунктов и общественными организациями состояния трудоспособности инвалидов в новых для них производственных условиях, но и

<sup>1</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 333.

контроль за правильной организацией труда инвалидов, их материальным благополучием.

Правильно организованное динамическое наблюдение позволяет контролировать развитие компенсаторной приспособляемости инвалида, влияние выполняемой работы на состояние его здоровья, и может значительно расширить границы использования трудовых возможностей инвалидов. Динамическое наблюдение дает возможность проверить правильность вынесенного экспертного решения и трудовой рекомендации и в случае необходимости внести в них соответствующие коррективы.

Динамическое наблюдение во ВТЭК осуществляется при очередных переосвидетельствованиях, в процессе которых устанавливаются изменения, происшедшие в характере заболевания инвалида, проверяется реализация трудовой рекомендации, уточняется решение ВТЭК. Кроме того, динамическое наблюдение осуществляется путем изучения фактического трудового устройства инвалидов при посещении промышленных предприятий, совхозов, колхозов и учреждений.

В организации трудового устройства инвалидов важная роль принадлежит цеховым врачам, которые руководят профилактической работой на предприятии. Разрабатывая мероприятия по функционально-восстановительному лечению, облегчению и оздоровлению характера и условий труда, они способствуют предупреждению прогрессирования заболеваний и восстановлению трудоспособности инвалидов.

Профсоюзные организации на предприятиях контролируют обеспечение администрацией условий труда, рекомендованных ВТЭК инвалиду, проведение мер по улучшению охраны труда и техники безопасности, соблюдение законов об охране труда инвалидов, прием инвалидов на вакантные должности, которые утверждены для замещения в первую очередь инвалидами.

В решении вопросов трудоустройства инвалидов и осуществлении контроля за ним участвуют комиссии по пенсионным вопросам. В их задачи входит изучение причин инвалидности рабочих и служащих на предприятиях и в учреждениях, а также разработка мероприятий по их устранению.

Динамическим наблюдением занимаются также инспектора по трудовому устройству отделов социального обеспечения и общественные советы, созданные при ВТЭК в соответствии с постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299, п. 6<sup>1</sup>.

## ФОРМЫ ТРУДОВОГО УСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ<sup>2</sup>

Трудовое устройство инвалидов осуществляется в обычных производственных условиях с ограничениями, данными в трудовых рекомендациях ВТЭК, или в специально созданных условиях.

Широкое разделение труда, механизация и автоматизация трудоемких процессов, оздоровление условий труда и производственного быта дают возможность использовать инвалидов в квалифицированных профессиях. При необходимости инвалидов могут быть предо-

<sup>1</sup> «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы», СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34.

<sup>2</sup> См. литературу № 6, 7.

ставлены облегченные условия труда, неполный рабочий день, подсобная рабочая сила, дополнительный выходной день.

Инвалиды III группы работают на промышленных предприятиях в обычных производственных условиях с ограничениями, предоставленными согласно трудовой рекомендации ВТЭК.

Для инвалидов с тяжелыми нарушениями функций (преимущественно инвалидов I и II групп) создаются специальные условия. Под специально созданными условиями подразумевается такой режим труда и отдыха, который не встречается в обычной производственной обстановке и создается специально для инвалидов с тяжелыми нарушениями функций и неблагоприятным трудовым прогнозом<sup>1</sup>. Специальные условия могут создаваться инвалидам на обычных предприятиях (учреждениях, организациях) как в спеццехах, так и в индивидуальном порядке, а также на специальных предприятиях, предназначенных для трудоустройства инвалидов. Специальные цеха создаются на заводах и фабриках в соответствии с постановлениями Совета Министров РСФСР от 22 августа 1961 г. № 1070, п. 1 «О мерах по улучшению трудового устройства инвалидов в РСФСР»<sup>2</sup> и Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299, п. 2 «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы»<sup>3</sup> и предусмотрены для инвалидов, страдающих тяжелыми заболеваниями, например гипертонической болезнью, туберкулезом, нервно-психическими заболеваниями.

Трудовое устройство инвалидов в специальных цехах осуществляется администрацией предприятия совместно с медицинскими работниками в соответствии с трудовой рекомендацией ВТЭК.

В спеццехах, предназначенных для лиц, признанных инвалидами вследствие заболеваний системы кровообращения и туберкулеза легких, могут работать инвалиды II группы и, в виде исключения, инвалиды III группы. В спеццехах для инвалидов вследствие нервно-психических заболеваний могут работать преимущественно инвалиды III группы, а также инвалиды II группы, имеющие трудовую рекомендацию ВТЭК, что предусмотрено основными медико-техническими условиями создания специальных цехов для инвалидов вследствие туберкулеза легких, нервно-психических и сердечно-сосудистых заболеваний. Для выполнения работ, противопоказанных инвалидам, допускается зачисление в специальный цех здоровых рабочих и служащих. Количество их определяется спецификой производства, но не должно превышать 25% списочного состава работающих в цехе.

Действующим нормативным актом, регулирующим предоставление льгот инвалидам, занятым на специализированных предприятиях, является постановление Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674 «О мерах по дальнейшему улучшению использования труда пенсионеров по старости и инвалидов в народном хозяйстве и связанных с этим дополнительных льгот»<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство инвалидов. М., 1967, с. 108.

<sup>2</sup> Трудовое устройство инвалидов в СССР. Сборник нормативных актов и методических материалов. М., 1963, с. 42.

<sup>3</sup> СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34.

<sup>4</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 326—327.

Совет Министров предоставил право руководителям предприятий и организаций по согласованию с комитетом профсоюзов уменьшить нормы выработки пенсионерам по возрасту и инвалидам III группы не более чем на 10%, а инвалидам I и II групп — не более чем на 20%. Для инвалидов I и II групп на специализированных предприятиях установлен 6-часовой рабочий день и ежегодный отпуск продолжительностью 24 рабочих дня. Инвалидам I и II групп по их желанию может быть предоставлен отпуск без сохранения заработной платы продолжительностью до 2 мес. Для инвалидов III группы, а также инвалидов I и II групп, работающих на дому, продолжительность отпуска составляет 18 рабочих дней. Кроме того, инвалидам предоставляется льготный дополнительный отпуск за выслугу лет, начиная с третьего года работы по 1 рабочему дню за каждый рабочий год, но всего не более 6 рабочих дней для инвалидов I и II групп и не более 3 дней для инвалидов III группы.

В спеццехах для инвалидов устанавливается 6-часовой рабочий день с двумя перерывами до 15 мин. Первый перерыв предусмотрен спустя 1,5 ч от начала работы, второй — через 1,5 ч после обеденного перерыва. Планово-производственные задания и экономические показатели для специальных цехов устанавливаются администрацией предприятия с учетом пониженной трудоспособности инвалидов.

К специально созданым условиям относится также и надомное трудовое устройство. В надомных условиях работают инвалиды, утратившие способность к регулярному труду в обычных производственных условиях, либо которым недоступно по состоянию здоровья передвижение и пользование транспортом. Для выполнения работы на дому принимаются инвалиды I и II групп, имеющие трудовую рекомендацию ВТЭК, и, в порядке исключения, III группы, а также трудоспособные граждане, на попечении которых находятся инвалиды I группы, требующие постоянного ухода, многодетные и одинокие матери, имеющие детей дошкольного и школьного возраста.

Администрация предприятий и учреждений обязана обеспечить работающих на дому необходимым для выполнения работы оборудованием, инструментом и приспособлениями. Инвалидам I и II групп администрация обязана организовать доставку сырья на дом и вывоз готовой продукции. Нормы выработки для работающих на дому инвалидов I и II групп администрация по согласованию с ФЗМК устанавливает с учетом характера заболевания и бытовых условий. Для инвалидов III группы, работающих на дому, нормы выработки соответствуют таковым для инвалидов III группы, работающих в цехе и изготавливающих аналогичную продукцию.

Указанным выше постановлением Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674 предусмотрено расширение использования труда надомников в сфере материального производства и бытового обслуживания населения, а также льготы для работающих инвалидов I, II и III групп на дому. Контроль за условиями труда инвалидов, работающих на дому, осуществляется отделами социального обеспечения и фабрично-заводскими комитетами предприятий.

Среди специализированных предприятий особое место занимают учебно-производственные предприятия (УПП) для слепых, в которых по рекомендации ВТЭК работают инвалиды I и II групп, а также инвалиды III группы по зрению с прогрессирующими заболеваниями глаз, неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом и сниже-

нием остроты зрения на единственном или лучше видящем глазу до 0,1.

На УПП ВОС, наряду с трудовым устройством и обучением слепых непосредственно на предприятиях, проводится работа по организации надомного труда слепых. Трудовая подготовка и профессиональное обучение работающих на дому осуществляются на предприятиях по программе для цеховых рабочих; обучение может быть организовано также и на дому. В соответствии с приказом министра здравоохранения СССР за № 400 слепые подвергаются предварительным и периодическим медицинским осмотрам<sup>1</sup>.

В осуществлении трудового устройства глухих большую роль играют общества глухих, имеющие собственные учебно-производственные предприятия. Задачами общества являются организация трудового устройства инвалидов, обучение и переподготовка новым профессиям, улучшение культурно-бытового обслуживания, общеобразовательного и технического уровня и вовлечения их в ряды активных строителей коммунистического общества. Общество предоставляет инвалидам трудовые льготы и преимущества, осуществляет профессиональное обучение, повышение производственной квалификации глухих в учебно-производственных предприятиях, училищах, профтехучилищах и др. Деятельность ВОГ находится под контролем и общим руководством Министерства социального обеспечения.

Инвалиды, работающие на специализированных предприятиях, имеют более низкие (на 10%) нормы производственного плана, им предоставляется отпуск 18 рабочих дней. Труд глухих применяется в государственной и местной промышленности, что предусмотрено постановлением Совета Министров РСФСР от 22 августа 1961 г. № 1070 «О мерах по улучшению трудового устройства инвалидов в РСФСР»<sup>2</sup>.

Групповое трудоустройство дает возможность содержать в производственных коллективах глухих инструкторов и переводчиков из расчета на каждые 20 — 50 работающих 1 инструктор-переводчик. При коллективе работающих 51 — 100 человек предусмотрены старший инструктор и 1—2 инструктора-переводчика; при количестве работающих 101 — 300 — старший инструктор и инструкторы-переводчики из расчета 1 на 50—100 человек. Формы группового трудоустройства создают условия для повышения квалификации, организации производственного и культурного обслуживания, участия глухих в общественной жизни предприятия, а также облегчают контакт с администрацией.

При определении трудовых рекомендаций лицам, утратившим слух, необходимо учитывать степень компенсации, т. е. развитие навыков зрительного восприятия устной речи с помощью чтения с губ, мимики, пальцевой азбуки. При слабом развитии или отсутствии этих навыков трудовые возможности глухонемых, глухих и страдающих крайней степенью тугоухости значительно ограничены и их трудоустройство затруднено. При крайней степени тугоухости противопоказана работа, связанная с воздействием шума и вибрации, токсических веществ, особенно нейротропных ядов. Лицам, страдающим

<sup>1</sup> Приказ министра здравоохранения СССР № 400 от 30 мая 1969 г. «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся». М., 1970.

<sup>2</sup> Трудовое устройство инвалидов в СССР. Сборник нормативных актов и методических материалов. М., 1963, с. 42.

крайней степенью тугоухости, глухим и глухонемым противопоказаны подземные работы на шахтах и рудниках, лесозаготовках, транспорте, в горячих цехах и т. п., где обязательна звуковая сигнализация, а также работы, требующие согласованных действий и постоянного контакта между работающими.

Большая роль в трудоустройстве глухих принадлежит системе профессионально-технического обучения. В профклассах специальных школ для глухих Министерства просвещения РСФСР, специальных профтехучилищах системы профтехобразования, в группах для глухих при массовых профтехучилищах, учебно-производственных предприятиях Всероссийского общества глухих, в профессионально-технических училищах Министерства социального обеспечения РСФСР, ленинградском восстановительном центре на основе специальной слухоречевой работы осуществляется общеобразовательное и профессиональное обучение глухих.

## ТРУДОВОЕ УСТРОЙСТВО ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

В период Великой Отечественной войны трудовое устройство инвалидов войны приобрело особое значение. Постановлениями СНК СССР от 6 мая 1942 г. № 640 «О трудовом устройстве инвалидов Отечественной войны»<sup>1</sup>, СНК РСФСР от 22 мая 1942 г. № 306, СНК СССР от 20 января 1943 г. № 73 «О мерах по трудовому устройству инвалидов Отечественной войны»<sup>2</sup> предусматривались льготы для инвалидов Отечественной войны при их трудоустройстве. Постановлением СНК СССР от 6 мая 1942 г. на Народные Комиссариаты социального обеспечения союзных республик была возложена персональная ответственность за трудовое устройство и организацию обучения новым профессиям инвалидов Отечественной войны. СНК РСФСР постановлением от 22 мая 1942 г. № 306 обязал Прокурора РСФСР привлекать к уголовной ответственности должностных лиц, необоснованно отказывающих в приеме на работу инвалидам Отечественной войны, имеющим направление органов социального обеспечения. Указанными постановлениями правительства было запрещено привлекать инвалидов Отечественной войны к сверхурочным работам. Инвалиды Отечественной войны, больные туберкулезом, тем же постановлением освобождались от работы в ночную смену. На Народные Комиссариаты социального обеспечения союзных республик было возложено обучение новым профессиям инвалидов Отечественной войны I и II групп, а также инвалидов III группы при наличии соответствующего решения ВТЭК. Инвалидам Отечественной войны было предоставлено преимущественное право поступления на работу в государственные учреждения, предприятия и организации.

Выполняя постановление СНК СССР № 640 от 6 мая 1942 г., Народный Комиссариат социального обеспечения РСФСР приказом от 11 апреля 1944 г. № 86 утвердил инструкцию «О порядке трудового устройства инвалидов Отечественной войны»<sup>3</sup>. Рекомендую инвалидам

<sup>1</sup> Трудовое устройство инвалидов в СССР. Сборник нормативных актов и методических материалов. М., 1963, с. 34—39.

<sup>2</sup> Там же, с. 131.

<sup>3</sup> Трудовое устройство инвалидов в СССР. Сборник нормативных актов и методических материалов. М., 1963, с. 52—53.

Отечественной войны работу, заведующий рай(гор)собесом должен учитывать: необходимость их трудоустройства на те предприятия, учреждения и организации, в которых они работали до призыва в армию; желательность использования инвалида по его прежней или смежной с ней специальности. Следует руководствоваться также решением ВТЭК о группе инвалидности и трудовой рекомендацией, а также личным желанием инвалида, сохранением за ним права выбора специальности и места работы. Инstrukция предусматривает контроль за трудовым устройством инвалидов Отечественной войны, организацией рабочего места, производственным обучением и переобучением<sup>1</sup>.

Постановление СНК СССР от 6 мая 1942 г. № 640 предусматривает создание постоянных краевых, областных и городских комиссий по трудовому устройству инвалидов во главе с заместителем председателя соответствующего исполкома. На основании указанного постановления были созданы комиссии и на промышленных предприятиях. На многих предприятиях они функционируют до настоящего времени, занимаются трудовым устройством инвалидов, а также лиц, часто и длительно болеющих. После Великой Отечественной войны значительное количество раненых нуждались в восстановлении трудоспособности, приспособлении к труду, переобучении, приобретении новой профессии. В разрешении этой задачи активное участие приняли органы социального обеспечения, учреждения и научно-исследовательские институты экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, институты протезирования. С целью обучения инвалидов были организованы профессионально-технические школы-интернаты с учебными мастерскими и производственными цехами.

Обучение новым профессиям инвалидов Отечественной войны I и II групп было возложено на Народные Комиссариаты социального обеспечения союзных республик (постановление СНК СССР от 20 января 1943 г., № 73)<sup>2</sup>.

Особое внимание вопросам трудового устройства инвалидов Отечественной войны было уделено ВЦСПС. Специальным постановлением Секретариата ВЦСПС «Об улучшении работы профсоюзных организаций по трудовому устройству и бытовому обслуживанию инвалидов Отечественной войны» от 8 июля 1944 г. фабрично-заводским и местным комитетам было предложено повседневно заботиться об устройстве рабочих мест для инвалидов, создании им необходимых удобств в работе и приспособлении для них станков, инструментов и другого оборудования<sup>3</sup>.

Постановление Секретариата ВЦСПС обязывает профсоюзных работников оказывать инвалидам помощь в повышении квалификации, вести работу по вовлечению неработающих инвалидов в труд, осуществлять контроль за предоставлением инвалидам Отечественной войны установленных льгот. Постановление Совета Министров СССР от 6 марта 1965 г. № 140 «О расширении льгот инвалидам Отечественной войны и членам семей военнослужащих, погибших в Великую Отечественную войну», предусматривает, в частности, установление брони для приема на работу инвалидов Отечественной

<sup>1</sup> Трудовое устройство инвалидов в СССР. Сборник нормативных актов и методических материалов. М., 1963, с. 53.

<sup>2</sup> Там же, с. 131.

<sup>3</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник официальных документов с комментариями. М., 1972, с. 467.

войны в пределах 2% общей численности рабочих и служащих предприятия. Руководителям предприятий и учреждений разрешается принимать на работу инвалидов Отечественной войны с неполным рабочим днем и оплатой труда по фактической выработке либо за фактически проработанное время<sup>1</sup>. В соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 10 декабря 1976 г. № 1010 (Министерство социального обеспечения РСФСР. Приказ от 11 февраля 1977 г. № 27 «О дополнительных мерах по улучшению организации профессионального обучения и трудового устройства инвалидов») броня для приема на работу инвалидов в пределах норм, предусмотренных в п. 1 постановления, установлена с 1977 г. для всех инвалидов, независимо от причины инвалидности. Инвалиды, принятые на работу на предприятия и стройки, не включаются в среднесписочную численность их работников. В целях устранения множественности решений Правительства СССР о льготах и преимуществах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих Совет Министров СССР 23 февраля 1981 г. № 209 постановил свести указанные акты в единое «Положение о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих» (см. Приложения стр. 547). Одновременно был утвержден перечень постановлений Правительства СССР, утративших силу в связи с принятием настоящего постановления.

## ТРУДОВОЕ УСТРОЙСТВО ИНВАЛИДОВ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ<sup>2</sup>

Принятый Верховным Советом СССР 15 июля 1964 г. Закон о пенсиях и пособиях членам колхозов<sup>3</sup> поставил перед органами социального обеспечения ряд новых задач по пенсионному обеспечению, экспертизе трудоспособности и трудовому устройству тружеников сельского хозяйства.

Особенности сельскохозяйственного производства обусловлены самой его структурой, условиями труда, а в колхозах — кооперативной формой хозяйства. В колхозах и совхозах, наряду с основным производством (растениеводство, животноводство и т. д.), имеются и подсобные (столярные, механические и др.) мастерские.

Существуют более 100 разных сельскохозяйственных профессий и видов работ, группировка которых может быть представлена в следующем виде:

1. Механизированные работы:
  - а) работа водителей;
  - б) работа машинистов сложных прицепных тракторных машин.
2. Работа в механических мастерских.
3. Работы в растениеводстве:
  - а) обслуживание прицепных тракторных орудий и машин;
  - б) работа на конных орудиях и на машинах;
  - в) работа, выполняемая с применением ручного сельскохозяйственного инвентаря;

<sup>1</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 322.

<sup>2</sup> См. литературу № 8, 9, 10.

<sup>3</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 223.



г) работа, выполняемая без применения ручного сельскохозяйственного инвентаря.

4. Работа по непосредственному обслуживанию животных:
  - а) на механизированной ферме;
  - б) на немеханизированной ферме.
5. Транспортные работы.
6. Работа руководителей и организаторов производства.
7. Работа специалистов ветеринарной службы.
8. Работы по контролю и учету:
  - а) выполняемые в помещении;
  - б) выполняемые на производственных участках.
9. Работы по охране:
  - а) в поле (в саду, на винограднике);
  - б) охрана отдельных объектов.

Экономические и профессиографические особенности сельскохозяйственного производства существенным образом сказываются на структуре инвалидности во врачебно-трудовой экспертизе, трудовых рекомендациях и трудовом устройстве инвалидов.

К таким особенностям следует отнести сезонность основных работ в сельском хозяйстве, что требует нередко удлинения рабочего дня, выполнения работы в ночное время, частой смены рабочих операций. Лицам, имеющим определенную специальность, в течение года приходится выполнять ряд смежных работ (например, тракторист зимой может работать слесарем, весной — трактористом, летом — комбайнером, осенью — шофером и т. п.). В животноводстве более доступно закрепление рабочих мест за инвалидами в течение всего года, чему способствуют механизация трудоемких процессов и разделение труда.

Многие рабочие операции в сельском хозяйстве выполняются преимущественно стоя или при согнутом положении тела; производятся большей частью на открытом воздухе, в летнее время — в условиях высокой, а осенью и зимой — низкой температуры, воздействия осадков и других неблагоприятных метеорологических факторов, могущих стать причиной обострения заболевания. Ряд сельскохозяйственных работ связан с неблагоприятным воздействием на организм минерально-почвенной пыли, шума, вибрации, окиси углерода, а также ядохимикатов при химической обработке растений. Некоторые производственные процессы и условия труда связаны с возможностью возникновения инфекционных заболеваний у лиц, которые по роду своей профессии соприкасаются с животными, больными сибирской язвой, сапом, тулярией, бруцеллезом, ящуром и т. п.

Широкое разделение труда расширяет возможности трудоустройства инвалидов в условиях сельскохозяйственного производства. Наряду с этим следует учитывать интенсификацию труда, увеличение темпов и норм выработки, значительное нервно-психическое напряжение, различный режим труда, зависящий от географических и климатических условий.

Как правило, инвалиды работают в полеводстве, на изготовлении щитов из хвороста и камыша, плетении матов из соломы, ремонте тары, пересборке картофеля, корнеплодов, сборе лесных ягод, грибов, орехов, очистке початков кукурузы, ремонте несложного оборудования, подготовке семян к посеву и др. Значительное число инвалидов занято на различных работах в механических цехах, работают доярками, телятницами, скотницами, санитарами, аппаратажниками кормокухонь, наладчиками молочно-товарных ферм. Кроме

этого, они могут выполнять работу приемщика и учетчика молока, кролиководы, лаборанта, мастера машинного досения и т. п. Инвалидам может быть предоставлена работа в овощеводстве, садоводстве, пчеловодстве.

Лица умственного труда занимают должности в административно-управленческом аппарате, а также инженерно-технических и канцелярских работников (агронома, бухгалтера, техника машинного парка, учетчика и др.).

В условиях сельского хозяйства имеется достаточно возможностей для перевода инвалидов с противопоказанной работы на показанную или доступную. Так, комбайнерам может быть рекомендована работа машиниста электростанции, дежурного радиоузла, тракториста, моториста или помощника бригадира тракторного отряда, мастера производственного обучения в школе.

Таким образом, трудоустройство инвалидов в сельском хозяйстве может осуществляться как в основном, так и в подсобном производстве. При этом принципы определения трудовых рекомендаций инвалидам, работающим в промышленности и в сельском хозяйстве, аналогичны.

Профессиональное обучение инвалидов осуществляется в сети общих и созданных в системе социального обеспечения и Министерства сельского хозяйства профессионально-технических училищ и техникумов, на курсах сельскохозяйственной подготовки, организованных в совхозах, а также путем индивидуального обучения под руководством специалистов сельского хозяйства.

В профтехшколах для сельского хозяйства готовят специалистов по радиосвязи и радиовещанию, швейному производству, агрохимии, зоотехнике, бухгалтерскому учету, планированию сельскохозяйственного производства и государственного бюджета, механиков по наладке и ремонту различных видов машин и др.

Инвалиды, работающие в сельском хозяйстве, приобретают профессии бухгалтера, счетовода, учетчика тракторного отряда, ветеринарного фельдшера и санитаря, зоотехника, тракториста, комбайнера, шофера, моториста, техника-садовода, агронома-огородника, цветовода, портного, сапожника, токаря, слесаря, столяра. Глухие могут овладеть профессией кузнеца, молотобойца и т. д.

Предоставление облегченных условий труда инвалидам достигается путем уменьшения объема производственной деятельности или изменения организационных, а также технических условий выполнения работы. Рабочий день инвалидов не регламентируется, они освобождаются от работы в непогоду, а в необходимых случаях им выделяются подсобные рабочие и предоставляется транспорт для доставки на работу. Инвалиды могут быть включены в бригады наряду со здоровыми лицами. Кроме того, могут создаваться бригады, звенья, участки, а иногда и целые подсобные предприятия, в которых инвалиды работают без предписанного темпа, с уменьшенными нормами выработки.

Важным организационным мероприятием является снабжение инвалидов рабочими протезами. Возможности трудового устройства инвалидов с культей верхней конечности в большой степени зависят от наличия протеза. Сконструированы несколько типов рабочих протезов для инвалидов с различным уровнем ампутации верхней конечности и приспособления к инструментам (насадки), с помощью которых инвалиды могут выполнять работу слесаря по ремонту, столяра, плотника и т. п. Рабочий протез дает инвалидам возмож-

ность пользоваться ручным сельскохозяйственным инвентарем, работать в полеводческих бригадах и на ферме.

Работникам сельского хозяйства, признанным ограниченно трудоспособными, необходимо определить трудовую рекомендацию и подобрать доступную работу в соответствии с разработанным списком профессий. Списки должны составляться ВТЭК совместно со специалистами сельского хозяйства с учетом особенностей производства в разные сезоны года и гигиенической характеристики конкретных профессий. Рациональному трудовому устройству инвалидов способствует прикрепление к совхозам, колхозам или бригадам лечащих врачей, которые проводят диспансеризацию инвалидов, контролируют выполнение трудовых рекомендаций.

Учет инвалидов, нуждающихся в трудовом устройстве, осуществляется отделом социального обеспечения. Регулирование и контроль за трудоустройством инвалидов возлагается на инспектора по кадрам, членов ФЭМК, комиссию по трудоустройству. При составлении списков профессий и видов труда, которые в первую очередь могут быть замещены инвалидами, следует пользоваться тарификационными списками работ, разработанными конкретно для условий каждого хозяйства и утвержденными районными организациями. Кроме тарификационных списков работ, каждое хозяйство имеет «технологические карты», в которых перечислены работы, календарные сроки их выполнения и продолжительность в днях.

Без правильного и систематического учета инвалидов нельзя планировать рациональную организацию их трудового устройства. Учетная карточка должна составляться на всех работающих и неработающих инвалидов, которые до определения группы инвалидности работали в данном хозяйстве. В соответствии с постановлением ЦСУ при Совете Министров СССР от 14 декабря 1972 г. № 816<sup>1</sup> ответственность за учет инвалидов должна быть возложена на руководителей сельскохозяйственных предприятий.

Важную роль в рациональном трудоустройстве инвалидов играют выездные заседания ВТЭК. Существенную помощь ВТЭК оказывают общественные советы. Как правило, в состав общественного совета включаются активисты из числа пенсионеров: агрономы, зоотехники, учителя, врачи, фельдшеры, заслуженные работники сельского хозяйства, а также заместители главного врача больницы и поликлиники по экспертизе, представители профсоюзных райсобесов. Активность общественного совета в значительной мере зависит от деятельности его председателя. Постоянный контакт председателя ВТЭК с председателем общественного совета, оказание ему повседневной помощи являются необходимым условием, обеспечивающим эффективность работы совета по выполнению возложенных на него функций.

---

<sup>1</sup> Организация работы по трудовому устройству инвалидов на промышленных предприятиях. Методические рекомендации. М., 1974, с. 8.

## СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ТРУДОВОМ УСТРОЙСТВЕ ИНВАЛИДОВ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ТРУДОВЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В процессе трудовой деятельности происходит взаимодействие производственной среды и организма. Человек изменяет, приспособливает производственную среду к своим потребностям. В свою очередь, производственная среда оказывает на работающего то или иное воздействие, обусловленное особенностями технологического процесса, в частности степенью механизации и автоматизации производственных процессов, герметичностью оборудования и т. п.; характером труда, его организацией, рабочей позой, степенью нервно-психического и мышечного напряжения; наличием токсических веществ, шума, пыли; санитарными условиями труда, в частности метеорологическими факторами, интенсивностью излучения, загазованностью и т. п.

При определенных условиях факторы производственной среды могут оказывать неблагоприятное влияние на организм работающих. Факторы производственной среды, особенности организации труда и производства, которые могут прямо или косвенно служить причиной нарушения трудоспособности или здоровья работающих, называются производственными вредностями. Производственные вредности являются причиной развития профессиональных заболеваний и могут привести к обострению и неблагоприятному течению сопутствующих заболеваний. Учет производственных вредностей имеет важное значение в экспертизе трудоспособности и трудоустройстве лиц, признанных ограниченно трудоспособными.

Решение вопроса о степени нарушения трудоспособности, показанном и противопоказанном характере, видах и условиях труда возможно на основе комплексного учета данных медицинского освидетельствования и социальных факторов. Среди социальных факторов наиболее важными являются: профессия, квалификация, санитарно-гигиеническая характеристика процесса и условий труда.

Понятием «профессия» определяется род трудовой деятельности, имеющей постоянный или длительный характер, являющейся формой участия человека в дифференцированном общественном труде и источником его существования<sup>1</sup>. Необходимо учитывать основную профессию, так как она является исходной при решении вопроса о возможности продолжения работы. Основной следует считать профессию, в которой рабочий, служащий или колхозник работал длительное время или для получения которой потребовалось специальное образование. В сравнении с основной профессией рассматривается вопрос о том, приводит ли работа, которую рекомендует ВТЭК, к снижению квалификации или уменьшению объема производственной деятельности свидетелеваемого.

В пределах профессии формируется, как правило, несколько специальностей. Каждой специальности присущи свои особенности в работе, которые учитываются при экспертизе трудоспособности. Принимается во внимание также и квалификация больного. Под квалификацией понимается степень подготовленности человека к

<sup>1</sup> Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство инвалидов. М., 1967, с. 98.

какой-либо трудовой деятельности, определяемая качеством и объемом имеющихся у него знаний, навыков, умений. Квалификация оценивается квалификационным разрядом, классом, категорией.

Работа в квалифицированной профессии в большинстве случаев обеспечивает инвалиду наиболее благоприятные условия труда и высокое материальное вознаграждение за труд, а также предусматривает максимальное использование трудовых возможностей инвалида — его опыта, знаний, навыков. В подобных случаях трудовое устройство является рациональным и часто ведет к реабилитации инвалида. Трудовое устройство инвалидов, имеющих низкую квалификацию, затруднительно. При трудовом устройстве инвалидов необходимо учитывать санитарно-гигиеническую характеристику профессии, т. е. обстановку работы (условия труда) и характер выполняемой работы (процесс труда). Под условиями труда следует понимать совокупность факторов производственной среды, окружающей работающего и оказывающей на него воздействие в процессе труда.

Под характером выполняемой работы (процессом труда) следует понимать совокупность особенностей конкретной профессии, специальности или вида труда. Процесс труда характеризуется позой работающего; режимом труда; степенью физического или нервно-психического напряжения; степенью напряжения зрения и слуха; воздействием на организм промышленных ядов, выделяющихся в момент работы, шума, местной вибрации, производственной пыли, радиоактивных веществ, электромагнитных волн и т. п.

Правильная рабочая поза играет немаловажную роль в трудовом процессе лиц, признанных ограниченно трудоспособными. Она способствует рациональности рабочих движений, предупреждает утомление, опасность травматизма, сохраняет трудоспособность и зависит от условий и характера труда.

Различают рабочую позу «стоя», «сидя», «с переменным положением тела» и «в вынужденном положении тела». Работа в вынужденном положении тела (согнутое положение тела, частые нагибания туловища, положение на коленях, лежа) противопоказана инвалидам с заболеваниями внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и т. п. Физиологически выгодной рабочей позой является переменное положение тела, при котором происходит более полное насыщение крови кислородом, улучшается работа системы кровообращения и дыхания.

Организация режима труда и отдыха характеризуется такими факторами, как длительность рабочего дня, сменность, частота и длительность перерывов в работе, чередование работы и активного или пассивного отдыха. Рациональный режим труда и отдыха способствует повышению продуктивности работы и предупреждает утомление. В качестве меры борьбы с утомлением и переутомлением ВТЭК может рекомендовать инвалидам дополнительные перерывы в работе, которые предоставляются в определенное время для приема пищи, например при сахарном диабете, или приема лекарств в здравпункте или МСЧ.

Данные физиологических исследований свидетельствуют, что перерывы и неполный рабочий день оказывают благоприятное влияние на производительность труда рабочих. Неполный рабочий день способствует улучшению работы сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Не меньшее значение для больных имеет сменность работы. По данным физиологических исследований работа в вечернюю и ночную смену требует повышенного нервного напряжения.

Под тяжестью работы понимается степень воздействия совокупности всех факторов, характера и условий труда, реально имеющих на рабочем месте, на работоспособность человека, его здоровье, жизнедеятельность и процесс воспроизводства рабочей силы<sup>1</sup>. По степени выраженности и постоянству физического напряжения различают 4 вида труда<sup>2</sup>. Труд, связанный с постоянным значительным физическим напряжением, требует в процессе его выполнения участия мышц верхних и нижних конечностей, туловища. В подобных случаях работа связана с большими затратами энергии и значительным потреблением кислорода. Основные операции сопровождаются подъемом или перемещением тяжести массой свыше 15 кг. Энергозатраты при работе с постоянным значительным физическим напряжением составляют в среднем 4,6 ккал/мин (321 Вт).

Труд, связанный с непостоянным значительным физическим напряжением, предъявляет меньше требований к организму работающего. Однако даже кратковременное значительное физическое напряжение может быть абсолютно противопоказанным при некоторых заболеваниях системы кровообращения, органов пищеварения, центральной нервной системы.

Труд, связанный с умеренным физическим напряжением, требует участия небольших групп мышц. Основные операции связаны с подъемом и перемещением тяжести массой от 6 до 15 кг. Энергозатраты составляют в среднем 3,8 ккал/мин (265 Вт).

Труд, связанный с незначительным физическим напряжением, требует в процессе выполнения основных операций подъема и перемещения тяжести массой менее 5 кг и энергозатрат, равных 2,3 ккал/мин (160 Вт).

Масса детали (груза) не является надежным критерием энергетической стоимости трудового процесса, так как при этом не учитывается число деталей, перемещенных за определенный отрезок времени или за рабочую смену. Необходимо учитывать сменный грузооборот, выраженный в тоннах, т. е. произведение количества деталей, перемещенных рабочим за смену, на массу<sup>3</sup>. Показатели сменного грузооборота массы менее 5 т характерны для легкого труда; 5—10 т — для труда средней тяжести; более 10 т — для тяжелого труда. Наряду с этим необходимо учитывать длительность обработки деталей, рабочую позу, обуславливающую напряжение корпуса, и т. п., что определяет общие энергозатраты.

В связи с механизацией трудоемких и тяжелых работ, автоматизацией производства мышечное напряжение в трудовом процессе приобретает все меньшее значение, в то время как роль нервно-психического напряжения возрастает. Условно нервно-психическое напряжение в процессе трудовой деятельности разделяют на 3 степени: незначительную, умеренную, выраженную. К незначительной степени напряженности относятся виды труда, где число объектов наблюдения не превышает 4, число операций не более 10, а длительность

<sup>1</sup> Славина С. О., Макушин В. Г. Медико-физиологическая классификация работ по тяжести. М., 1974.

<sup>2</sup> Справочник по врачебно-трудовой экспертизе/под ред. Д. И. Грицкевича. М., 1972, с. 20.

<sup>3</sup> Методика определения степени физического напряжения при производственной деятельности и возможности ее использования в мероприятиях по научной организации труда. Л., 1973, с. 6.

сосредоточенного внимания составляет 25% рабочего времени. Работа выполняется в утреннюю смену (дневное время). К умеренной степени напряженности относятся виды труда, где число объектов наблюдения достигает 10, число операций — 6, а длительность сосредоточенного внимания составляет 50% рабочего времени. Работа выполняется по заданной программе, в 2 смены, исключая ночную. К выраженной степени напряженности относятся работы, где число объектов наблюдения достигает 25, число операций не превышает 3—5, а длительность сосредоточенного внимания составляет 75% рабочего времени. Работа выполняется по заданной программе, иногда в ночную смену.

Степень нервно-психического напряжения определяют: темп работы, ответственность, быстрота переключения внимания с одного объекта на другой, серийность работы, точность работы, скорость принятия решений в ходе выполнения той или другой работы, способ контроля, система сдачи готовой продукции ОТК и т. п. К факторам, повышающим степень нервно-психического напряжения в процессе труда, относится воздействие шума, вибрации, токсических веществ и т. п.

В большинстве случаев работа с преобладанием физического или нервно-психического напряжения выполняется под контролем зрения. Давая трудовую рекомендацию инвалиду, необходимо определить состояние зрительных функций и требования, предъявляемые профессией к органу зрения.

Одним из факторов внешней среды, воздействующих на организм работающего, являются метеорологические условия: температура и скорость движения окружающего воздуха, относительная влажность, барометрическое давление, тепловое излучение от расплавленного или раскаленного металла, печей, нагревательных приборов, открытого пламени и т. п. Влияние на организм отдельных компонентов микроклимата зависит от сочетания их с другими компонентами. Воздействие высокой температуры отрицательно сказывается на сердечной деятельности. В подобных случаях наступают учащение пульса и понижение кровяного давления. При сочетании высокой температуры с физическим напряжением кровяное давление, напротив, повышается. При определении трудовых рекомендаций необходимо учитывать параметры температуры, относительной влажности и скорости движения воздуха в рабочей зоне и производственных помещениях, указанные в СН-245-71. Метеорологические условия должны обеспечить устойчивое тепловое состояние организма в течение длительного времени, без снижения работоспособности.

В условиях воздействия повышенного атмосферного давления находятся лица, занятые на различных строительных работах, проводимых под водой или под землей в сильно насыщенных водой грунтах. У этой группы лиц может возникнуть кессонная болезнь.

При пониженном атмосферном давлении работают летчики, лица, занятые добычей полезных ископаемых в горных местностях, прокладкой высокогорных дорог и т. п. В подобных случаях может развиваться аноксемия, сопровождающаяся головокружением, сонливостью, снижением памяти, внимания и другими симптомами нарушения высшей нервной деятельности. В определенных производственных условиях работающие подвергаются воздействию радиоволн, инфракрасных, ультрафиолетовых и рентгеновских лучей, радиоактивного излучения, способствующих развитию патологического процесса в различных органах и системах.

Круг лиц, подвергающихся во время работы воздействию производственного излучения, включает занятых добычей и обработкой радиоактивных руд; металлорентгенографией и гамма-дефектоскопией; изготовлением и применением светящихся радиоактивных красок; изготовлением и испытанием рентгеновских трубок; обслуживанием рентгеновских кабинетов; на работах, связанных с воздействием токов ВЧ, УВЧ, СВЧ,  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -излучением. Лицам, страдающим заболеваниями крови, центральной и периферической нервной системы, желудочно-кишечного тракта, почек, печени, системы кровообращения, психическими заболеваниями, злокачественными опухолями и т. п., работа, связанная с производственными излучениями, противопоказана.

К неблагоприятным физическим факторам производственной среды относятся шум и вибрация. Наиболее интенсивным шумовым воздействием на производстве подвергаются котельщики, клепальщики, чеканщики, молотобойцы и кузнецы, обрубщики, мотористы, жестянщики, медники, бурильщики, штамповщики, испытатели авиамоторов, лица, работающие на автоматных и ткацких станках и др. Шум оказывает неблагоприятное воздействие на орган слуха, функцию центральной нервной системы, других органов и систем. В результате длительного воздействия шума происходит разрушение звуковоспринимающей части слухового аппарата, развиваются брадикардия и гипотония. Работа, связанная с воздействием шума, противопоказана лицам, страдающим заболеваниями центральной нервной системы, среднего и внутреннего уха, системы кровообращения, нарушениями психической сферы и др.<sup>1</sup>

Общая вибрация, действующая на организм, вызывается сотрясением пола и различных ограждений при работе машин и двигателей. Местная вибрация возникает главным образом при работе с различными видами пневматического инструмента. Вибрации подвергаются водители различных транспортных средств, сельскохозяйственных, строительных, дорожных машин и т. п. В настоящее время в различных отраслях горнорудной и угольной промышленности, машиностроении, на предприятиях, изготавливающих строительные материалы, широко применяются ручные электрические и пневматические инструменты ударного и вращательного действия. Под влиянием мощного и длительного воздействия вибрации возникает вибрационная болезнь. Лицам, страдающим органическими заболеваниями центральной нервной системы с выраженным астеническим состоянием, стенокардией, гипертонической болезнью, язвенной болезнью, невротами, полиневритами, работа в профессиях, связанных с воздействием вибрации, противопоказана<sup>2</sup>.

К числу неблагоприятных факторов относится воздействие на организм производственной пыли, выделяющейся обычно в процессе механического измельчения, в частности дробления, помола, а также шлифовочных работ. Действие различных видов пыли на организм определяется ее химическим и минералогическим составом, степенью дисперсности, морфологическими особенностями. Некоторые виды пыли, например соединения свинца, мышьяка, марганца, обладают

<sup>1</sup> Приказ министра здравоохранения СССР № 400 от 30 мая 1969 г. «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся». М., 1970, с. 53.

<sup>2</sup> Приказ министра здравоохранения СССР № 400 от 30 мая 1969 г. «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся». М., 1970, с. 53.



ядовитыми свойствами. При одном и том же уровне запыленности воздуха количество вдыхаемой пыли зависит от дисперсности пыли, характера работы, степени физического напряжения и т. п.

Промышленная пыль может быть причиной развития воспалительных процессов верхних дыхательных путей, плевмонии. Некоторые виды пыли обладают аллергенными свойствами и могут явиться причиной возникновения бронхиальной астмы. Вместе с пылью в дыхательные пути могут проникать споры, что приводит к грибковым заболеваниям легких, в частности у рабочих хлопчатобумажных, волосяных, шетинных, шесточных фабрик, пивоваренных заводов и т. п.

Наиболее существенным последствием вдыхания некоторых пылей является развитие специфического поражения легких — пневмокониоза и, в частности, силикоза.

Работа, связанная с воздействием промышленной пыли, противопоказана больным туберкулезом легких, выраженными искривлениями носовой перегородки, атрофическим ринитом, хроническими рецидивирующими заболеваниями придаточных полостей носа, новообразованиями и рубцовыми изменениями верхних дыхательных путей, хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, пневмосклерозом, эмфиземой легких, органическими заболеваниями системы кровообращения.

К промышленным ядам относятся свинец, марганец, ртуть, мышьяк, цинк, хром, бензол, толуол, ксилол, химические вещества, применяемые в сельском хозяйстве для удобрений и борьбы с вредителями, и др. В организм человека промышленные яды проникают преимущественно через дыхательные пути в виде паров, газов или мелкодисперсной пыли, вызывая острое, подострое и хроническое отравление. В производственных условиях острые отравления возникают чаще всего при авариях либо использовании неизученных или неочищенных веществ.

Хронические отравления возникают в результате поступления в организм небольших количеств яда в течение длительного времени. Яды, находящиеся в парообразном и дымообразном состоянии, более опасны, чем жидкие яды. Чем выше концентрация яда в воздухе рабочих помещений, тем сильнее его действие. Действие яда зависит также от чувствительности макроорганизма. Некоторые лица отличаются повышенной чувствительностью к отдельным ядам. Один и тот же яд может действовать различно в зависимости от пути проникновения, количества и формы, в которой он поступает. Большинство ядов оказывает общее действие на организм, однако при отравлениях чаще наблюдается избирательное поражение определенных органов и систем. Особенно чувствительны к ядам лица, страдающие различными заболеваниями внутренних органов, нервной системы, кожи и т. п.

Противопоказанием к приему на работу, связанную с воздействием токсических веществ, служат органические заболевания центральной нервной системы, эпилепсия, неврозы, выраженные эндокринно-вегетативные заболевания, психические заболевания, болезни крови и вторичное малокровие, прогрессирующие заболевания печени, нефриты, нефрозы, нефросклероз, заболевания кожи, хроническое воспаление конъюнктивы, хронические заболевания легких и др.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Приказ министра здравоохранения СССР № 400 от 30 мая 1969 г. «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся». М., 1970.

ВТЭК совместно с инспектором по трудовому устройству должны изучать характер и условия труда, в которых работают инвалиды, выявлять факторы, могущие усугубить течение патологического процесса, добиваться проведения оздоровительных мероприятий в цехах и на рабочих местах. Если больному противопоказаны условия труда, его необходимо перевести по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений на работу в другое помещение, цех и т. д. без снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности. Однако в тех случаях, когда неблагоприятные факторы встречаются в самом характере (процессе) труда и перевод больного на другую работу связан со снижением квалификации либо он нуждается в существенном уменьшении объема производственной деятельности в своей профессии, необходимо освидетельствование во ВТЭК.

## Глава 8

### ТРУДОВАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ ВТЭК<sup>1</sup>

Определение трудовой рекомендации ВТЭК и трудовое устройство инвалидов составляют единый процесс, направленный на возвращение инвалида к профессиональному труду. Трудовая рекомендация является началом сложного процесса рационального трудового устройства, от которого в дальнейшем зависит вся трудовая деятельность инвалида. Трудовая рекомендация должна исходить из принципов рационального трудового устройства. Под рациональным трудовым устройством следует понимать адекватность состояния здоровья и трудовых возможностей инвалида требованиям, предъявляемым профессией.

ВТЭК, таким образом, должна установить соответствие состояния здоровья свидетельствуемого требованиям профессии. При этом учитываются абсолютные и относительные медицинские или технические противопоказания к продолжению работы.

Абсолютными медицинскими противопоказаниями называются такие противопоказания, которые при продолжении профессиональной деятельности больного неизбежно приведут к прогрессированию или обострению имеющегося заболевания. При наличии абсолютных медицинских противопоказаний инвалид должен быть отстранен от такой работы даже в том случае, если он может справиться со своими обязанностями, выполнять производственный план и обеспечивать надлежащее качество выпускаемой продукции. К абсолютным техническим противопоказаниям следует отнести такие последствия заболеваний или дефекты, при которых больной либо вовсе не способен удовлетворять основным требованиям производственного процесса, либо может нарушить его.

К относительным противопоказаниям, как медицинским, так и техническим, относятся такие, при которых продолжение работы может ухудшить состояние здоровья или способствовать снижению производительности труда. При этом ухудшение состояния здоровья может наступить не в ближайшем будущем, а в более отдаленные сроки, либо может вовсе не наступить.

---

<sup>1</sup> Основные принципы трудовых рекомендаций. Методическое письмо № 13. Л., 1960.

Больные, которым продолжение работы в обычных производственных условиях, свойственных данной профессии, абсолютно противопоказано, подлежат, как правило, направлению на ВТЭК. Больные, у которых имеются только относительные противопоказания к продолжению трудовой деятельности, обычно на ВТЭК не направляются, и в случае необходимости облегченные условия, не связанные со снижением квалификации и уменьшением объема производственной деятельности, могут быть им предоставлены по заключению врачебно-консультационной комиссии лечебно-профилактических учреждений.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРУДОВЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

*Снижение квалификации и уменьшение объема работы можно рекомендовать только при абсолютных медицинских или технических противопоказаниях, которые устанавливаются путем сопоставления состояния организма больного с требованиями, предъявляемыми его профессией.*

Наличие абсолютных противопоказаний является научным и юридическим обоснованием для решения вопроса о группе инвалидности и трудовом устройстве инвалидов. Наличие только относительных медицинских и технических противопоказаний не является основанием для определения группы инвалидности, так как в профессиональной деятельности больного не происходит существенных изменений.

*Характер рекомендуемых ограничений в труде должен соответствовать тяжести патологического процесса, выраженности нарушения функций, а также состоянию органов и систем, участвующих в компенсаторном приспособлении организма к новым условиям.*

Переоценка тяжести патологического процесса, степени нарушения функций различных органов и систем приводит к чрезмерным ограничениям в труде, деградации больного и длительной инвалидности. Недооценка тяжести патологического процесса, несоответствие ограничений, данных ВТЭК, степени нарушения функций приводят к ухудшению состояния здоровья. В каждом отдельном случае ВТЭК должна рекомендовать такой режим труда и отдыха, который соответствовал бы функциональным возможностям организма и способствовал развитию процессов компенсации. В обязанности ВТЭК входит подбор примерных профессий или видов труда, не противопоказанных лицам, признанным инвалидами.

*При подборе типовых профессий или видов труда на первый план выступают показания. Основным критерием здесь являются уже не только состояние здоровья инвалида, но и вся широта трудовых возможностей, все свойства его личности и ряд других социальных факторов, могущих, в свою очередь, предъявить к инвалиду повышенные требования в процессе рекомендованной ему работы.*

Для трудового устройства инвалидов необходимо установить, не препятствуют ли имеющиеся функциональные или органические нарушения выполнению тех или иных производственных операций.

Рациональное трудовое устройство, как указывалось выше, невозможно без учета пола, возраста, образования, основной профессии, квалификации, характера и условий труда, желаний и склонностей инвалида, заработка и прочих факторов, определяющих широту трудовых возможностей инвалида. При формировании трудовых реко-

мендаций особое внимание необходимо обращать на сохранение приобретенных еще до наступления инвалидности профессиональных навыков и использование динамического стереотипа. Наиболее полное развитие компенсации достигается в случае, когда инвалиды продолжают выполнять работу в своей или близкой профессии и используют в процессе трудовой деятельности накопленный опыт.

Сохранение динамического стереотипа должно служить одним из основных принципов при выборе профессии для инвалида. Снижение квалификации (особенно деквалификация) допустимо лишь в случае неблагоприятного трудового прогноза, когда возвращение к своей или близкой к ней профессии оказывается невозможным.

Рекомендуя инвалиду продолжать трудовую деятельность в своей профессии, ВТЭК должна предусмотреть необходимые облегчения в характере и условиях труда, иногда переоборудование рабочего места, снабжение протезами или рабочими приспособлениями. В трудовой рекомендации должны быть указаны профессии, близкие по квалификации и объему производственной деятельности.

Одним из важных факторов, учитываемых при определении трудовой рекомендации ВТЭК, является уровень общего образования. Наличие образования в объеме 7—10 классов позволяет рекомендовать инвалидам молодого возраста приобретение новой профессии путем обучения на курсах, в техникумах или профессионально-технических училищах.

Влияние пола на формирование трудовой рекомендации в условиях развитого социалистического общества невелико. Однако следует учитывать специфику некоторых профессий, доступность их лицам преимущественно того или другого пола. Так, женщинам, признанным инвалидами III группы, имеющим детей дошкольного возраста, а также лицам, на попечении которых находятся престарелые или инвалиды I группы, требующие постоянного постороннего ухода, может быть рекомендована надомная работа. Напротив, инвалиды II группы при неблагоприятных семейно-бытовых условиях может быть показана работа не на дому, а в специально созданных производственных условиях.

*Рекомендуемые ВТЭК ограничения в труде должны вытекать из санитарно-гигиенической характеристики профессии инвалида и не должны содержать ограничений в труде, которые могут быть предоставлены по решению ВКК.* Различие между трудовой рекомендацией ВТЭК и ограничениями ВКК лечебно-профилактических учреждений заключается в том, что ВТЭК рекомендует при значительном снижении трудоспособности такие ограничения в труде, которые связаны с необходимостью перевода больного на работу другой профессии более низкой квалификации или значительного уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии. ВКК рекомендует такого рода ограничения в труде, которые столь существенно не влияют на профессиональную деятельность больного и позволяют ему сохранить свою профессию и квалификацию. В практике ВТЭ еще встречаются трудовые рекомендации с перечислением большого количества ограничений в труде, не вытекающих из характера работы.

В трудовой рекомендации следует указывать конкретные противопоказания, вытекающие из особенностей выполняемого профессионального труда. Указывать в ней конкретный вид и условия труда или профессию, доступные инвалиду, следует в том случае, если рекомендуемое трудовое устройство практически выполнимо. Большое количество противопоказаний, отмеченных в трудовой рекомен-

дации ВТЭК, как правило, затрудняет поступление инвалида на работу. Перечисление по возможности большего количества непротивопоказанных для инвалида видов труда обычно облегчает трудовое устройство. В трудовых рекомендациях не следует упоминать о тех противопоказаниях и ограничениях, которые не имеют отношения к рекомендуемой инвалиду работе. Противопоказания должны исходить из установленной патологии и конкретных требований профессии и условий труда, в которых инвалид работал до заболевания и которые могут быть в его дальнейшей работе.

*Инвалидам III группы следует шире рекомендовать работу в непротивопоказанных квалифицированных профессиях, а инвалидам II группы — не препятствовать в трудоустройстве на предприятиях и учреждениях со специально созданными условиями и последующим динамическим наблюдением за состоянием их трудоспособности.* Оставаясь на предприятиях, они сохраняют связь со своей основной профессией и коллективом. Наряду с этим у них имеются широкие возможности для повышения квалификации, обучения и переобучения, а также одновременного проведения функционально-восстановительных мероприятий. Целесообразно рекомендовать инвалидам трудовое устройство на тех предприятиях, где они работали до наступления инвалидности, что предусматривается постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299 (см. стр. 534). *Трудовые рекомендации должны быть дифференцированными с учетом установленных групп инвалидности, индивидуальными и динамичными.* При изменении состояния здоровья или характера и условий труда инвалида трудовую рекомендацию следует пересматривать. Это положение касается также лиц, которым группа инвалидности установлена без указания срока переосвидетельствования.

*Повышение квалификации при помощи профессионального обучения или индивидуального ученичества является действенным средством рационального трудового устройства и восстановления трудоспособности инвалидов.*

В тех случаях, когда это возможно, необходимо рекомендовать профессиональное обучение, переобучение с конкретным указанием формы или вида обучения (курсовое, бригадное, индивидуальное и т. п.). Приобретение профессии, не противопоказанной по состоянию здоровья, обеспечивает возможность рационального трудового устройства, содействует развитию компенсации нарушенных функций организма, улучшает материальное обеспечение инвалидов.

Отбор инвалидов для направления на профессиональное обучение должен осуществляться с учетом клинического и трудового прогноза. В противном случае инвалиды часто не справляются с учебным планом и программой, что приводит к отчислению их из учебного заведения, либо после окончания учебного заведения они не могут приступить к работе по приобретенной профессии<sup>1</sup>. Необходимо учитывать также реальные возможности последующего трудоустройства в новой профессии по месту жительства инвалида.

Проверка выполнения трудовой рекомендации и правильности трудового устройства должна осуществляться ВТЭК путем проведения динамического наблюдения и диспансеризации инвалидов.

<sup>1</sup> Министерство социального обеспечения РСФСР от 14 мая 1974 № 1-58-И «О повышении качества трудовых рекомендаций и улучшении профессиональной ориентации инвалидов, нуждающихся в обучении и переобучении».

## МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ТРУДОВОГО УСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ<sup>1</sup>

Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях (ВТЭК), утвержденное Советом Министров РСФСР и ВЦСПС, вменяет врачам-экспертам в обязанность изучение условий труда работающих инвалидов непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и в сельском хозяйстве с целью выявления конкретных работ и профессий, доступных инвалидам, и проверки правильности трудового устройства инвалидов (Общие положения)<sup>2</sup>.

Положение о ВТЭК предусматривает систематическое посещение врачами-экспертами предприятий с целью изучения особенностей производственного процесса, характера и условий труда в основных и подсобных профессиях, составления профессиограмм на данном предприятии, а также списка профессий, видов труда и операций, доступных инвалидам. Кроме того, посещение предприятий, учреждений, колхозов и совхозов позволяет осуществлять динамическое наблюдение за инвалидами, определять влияние трудовой деятельности на состояние здоровья, степень компенсации нарушенных функций и правильность данной ВТЭК трудовой рекомендации.

Задачи обследования предприятий:

1. Определение возможностей расширения трудового устройства инвалидов; изучение условий и характера труда в основных профессиях.

2. Выявление профессий и видов труда, в которых могут работать инвалиды, а также участков, наиболее благоприятных по санитарно-гигиеническим условиям для трудового устройства инвалидов.

3. Проверка выполнения администрацией предприятий, колхозов и совхозов постановлений правительства, направленных на улучшение трудового устройства инвалидов (постановление Совета Министров РСФСР и ВЦСПС № 299 от 11 марта 1963 г. «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы»; Закон о государственных пенсиях и пособиях членам колхозов от 15 июля 1964 г.; постановление Совета Министров СССР от 28 августа 1969 г. № 705 «О мерах по расширению использования на предприятиях по производству товаров народного потребления и в сфере обслуживания населения труда пенсионеров, инвалидов и лиц, занятых в домашнем хозяйстве»; от 14 сентября 1973 г. № 674 «О мерах по дальнейшему улучшению использования труда пенсионеров по старости и инвалидов в народном хозяйстве и связанных с этим дополнительных льготак»; от 23 февраля 1981 г. № 209 «Об утверждении Положения о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих»<sup>3</sup>).

4. Проверка осуществляемых администрацией мероприятий, направленных на повышение квалификации инвалидов, их профессио-

<sup>1</sup> Методика обследования трудового устройства инвалидов в промышленности и сельском хозяйстве. Методическое письмо. Минск, 1971.

<sup>2</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник официальных документов с комментариями. М., 1972, с. 435.

<sup>3</sup> СП СССР, 1981, № 12, ст. 71. См. Приложения стр. 547.

частное обучение и переобучение, оздоровление условий труда, улучшение медико-санитарного обслуживания трудящихся в целях профилактики инвалидности, а также проверка участия профсоюзных организаций в трудоустройстве инвалидов.

5. Проверка соответствия фактического трудового устройства инвалидов трудовой рекомендации ВТЭК.

6. Пополнение врачами-экспертами специальных знаний о производстве и конкретных производственных условиях.

Проведение обследований предприятий, колхозов и совхозов и изучение фактического трудового устройства инвалидов осуществляется по составленному ВТЭК плану, который утверждается заведующим отделом социального обеспечения.

Предусмотренные сроки посещения намеченных для обследования предприятий, совхозов и колхозов должны быть заранее согласованы с администрацией. Для исключения дублирования в обследовании предприятий, колхозов и совхозов различными ВТЭК рекомендуется организовать несколько бригад, в состав которых включаются врачи из специализированных и общих ВТЭК. К обследованию привлекаются представители отдела социального обеспечения, администрации и профсоюзной организации, а также медико-санитарной части предприятия. Чаще всего этими представителями являются инженер по технике безопасности, цеховой врач, заместитель главврача медико-санитарной части по экспертизе трудоспособности или председатель ВКК. В обследовании может принимать участие работник санэпидстанции. Обследование проводится по определенной схеме.

#### **Схема обследования трудового устройства инвалидов**

Профиль предприятия, совхоза, колхоза

Дата обследования

Наименование предприятия, совхоза, колхоза

#### **I. Контингент инвалидов:**

1. Количество работающих инвалидов на обследуемом объекте (мужчин, женщин), их процент от общего числа работающих.

2. Состав работающих инвалидов (по причине, тяжести инвалидности и т. п.).

3. Количество инвалидов в процентах от общего числа работающих по состоянию на 1 января прошлого года.

4. Количество инвалидов в процентах от общего числа работающих по состоянию на 1 января текущего года.

5. Количество уволенных за последний год инвалидов и причины увольнения.

6. Организация учета инвалидов.

7. Количество инвалидов, нуждающихся в профессиональном обучении и переобучении.

8. Количество инвалидов, повысивших квалификацию или приобретших новую профессию за истекший год.

9. Возможности и методы переобучения.

#### **II. Участие медицинских учреждений в снижении заболеваемости и профилактике инвалидности:**

1. Количество инвалидов, часто и длительно болеющих.

2. Диспансеризация инвалидов, часто и длительно болеющих.

3. Лечебно-профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости и профилактику инвалидности (госпитализация, противоревматическое лечение, диетическое питание, санаторно-курортное лечение, рациональное трудовое устройство и т. п.).

4. Заболеваемость инвалидов в сравнении с таковой по предприятию в целом.

5. Наличие индивидуальных планов восстановления трудоспособности инвалидов в соответствии с рекомендуемыми ВТЭК лечебно-восстановительными мероприятиями.

6. Анализ эффективности диспансеризации.

7. Выявление и анализ причин первичной инвалидности.

8. Количество инвалидов (в процентах), восстановивших трудоспособность.

9. Количество лиц, у которых наступило утяжеление группы инвалидности.

10. Осуществление контроля за рациональным трудовым устройством.

11. Работа комиссии по трудоустройству часто и длительно болеющих лиц и нерационально трудоустроенных инвалидов.

12. Количество лиц, которым предоставлены облегченные условия труда по заключению ВКК.

### III. Характер, условия и организация труда:

1. Краткая характеристика производственного процесса с указанием неблагоприятных факторов на отдельных его этапах (выделение токсических веществ, пыли, воздействия вибрации, шума, радиоактивных веществ, токов высокой частоты, низкой и высокой температуры, а также физического и нервного перенапряжения и т. п.).

2. Режим труда (продолжительность работы, перерывы, сменность и т. п.).

3. Характеристика освещения, вентиляции и других санитарно-технических устройств, улучшающих условия труда.

4. Основные профессии и краткая оценка характера труда.

5. Подсобные профессии и объем работы.

6. Перечень профессий (основных и подсобных) и отдельных видов работы, показанных для рационального трудового устройства инвалидов.

7. Выявление наиболее благоприятных участков для трудового устройства инвалидов, в том числе оснащенных новой техникой, автоматизацией и механизацией трудоемких процессов.

### IV. Проверка фактического трудоустройства инвалидов:

1. Организация рабочего места (наличие рабочих приспособлений, облегчающих труд, специальной мебели и инструмента, ограждений, обеспечивающих безопасность труда и т. п.).

2. Темп работы (принудительный, свободный и т. п.).

3. Рабочая поза (стоя, сидя, переменное положение, вынужденное положение и т. п.).

4. Физическое напряжение в течение рабочего дня.

5. Вредные факторы на рабочем месте (токсические вещества, шум, вибрация и т. п.).

6. Облегченные условия, предоставленные в соответствии с трудовой рекомендацией ВТЭК.



7. Облегченные условия, предоставленные по инициативе администрации или профсоюзной организации и т. п.

8. Специально созданные условия для инвалидов II группы.

#### **V. Участие профсоюзной организации в работе по профилактике инвалидности:**

1. Участие профсоюзной организации в контроле за трудоустройством инвалидов и часто и длительно болеющих лиц.

2. Мероприятия, намеченные завкомом по улучшению охраны труда и техники безопасности на предприятиях в соответствии с постановлениями правительства.

3. Помощь, оказанная инвалидам (денежная, санаторно-курортное лечение, путевки в дома отдыха, диетическое питание, обеспечение жилплощадью и др.).

Организация учета инвалидов и работа отдела кадров по трудовому устройству инвалидов. Данные первого раздела схемы характеризуют число и контингент работающих инвалидов (мужчины, женщины, инвалидов труда и инвалидов Отечественной войны), группу инвалидности. Определяется соотношение числа работающих на предприятии инвалидов ко всем работающим (в процентах) на 1 января предыдущего и текущего года.

В соответствии с постановлением ЦСУ при Совете Министров СССР от 14 декабря 1972 г. № 816 на предприятиях, в совхозах и колхозах введен учет работающих инвалидов<sup>1</sup>. Согласно этому постановлению, в личной карточке (Ф. № Т-2) работающего инвалида в графе «Особые отметки» указывается группа инвалидности, дата установления, причина инвалидности и заключение ВТЭК об условиях и характере рекомендуемого труда. В процессе обследования предприятий необходимо отметить выполняемую инвалидом работу (если инвалид остался в своей профессии, то указать, какие облегченные условия предоставлены администрацией), заработную плату до и после определения группы инвалидности, мероприятия, направленные на восстановление трудоспособности (организация рабочего места, приспособление оборудования и т. д.). Изменения в работе инвалида или группы инвалидности должны быть своевременно внесены в учетную форму. В отделе кадров могут быть получены данные о приеме и увольнении инвалидов, уточнены причины увольнения. При выявлении случаев необоснованного увольнения инвалидов врачи-эксперты, инспектор отдела социального обеспечения и представитель профсоюзной организации принимают меры для предупреждения подобных фактов в будущем.

Наряду с этим изучаются данные о числе обученных и переобученных инвалидов, повысивших свою квалификацию, а также возможности и перспективы переобучения новым профессиям инвалидов молодого возраста, имеющих образование, но работающих в неквалифицированных или малоквалифицированных видах труда. Уточняются также мероприятия, проводимые администрацией по повышению общеобразовательного и технического уровня инвалидов, возможности для поступления инвалидов в вечерние школы, профтехучилища, техникумы, институты.

<sup>1</sup> Организация работы по трудовому устройству инвалидов на промышленных предприятиях. Методические рекомендации. М., 1974, с. 8.

Для обеспечения взаимодействия между должностными лицами, органами здравоохранения, профсоюзной организацией и общественностью в решении вопросов трудового устройства инвалидов на предприятиях рекомендуется выделить ответственного лица. Им может быть работник отдела кадров, труда и заработной платы. В его обязанности входят организация учета инвалидов, разработка плана организационных мероприятий, обеспечивающих трудовое устройство инвалидов в соответствии с рекомендацией ВТЭК, контроль за выполнением принятых решений.

Участие медицинских учреждений в снижении заболеваемости и профилактике инвалидности. В медико-санитарной части или здравпункте члены комиссии знакомятся с организацией учета инвалидов. В учетной карточке или журнале, кроме паспортных данных, должны быть отражены диагноз, дата установления инвалидности, профессия до инвалидности, выполняемая работа после определения инвалидности. В тех случаях, когда инвалид продолжает работать в своей профессии, должно быть указано, в чем выражается облегчение условий труда. Особое внимание обращается на динамику инвалидности и трудовых рекомендаций, лечебно-профилактические мероприятия, индивидуальные планы восстановительного лечения, диспансеризацию и ее эффективность.

Врачи-эксперты и другие члены комиссии в процессе обследования предприятия должны проверить качество проводимой диспансеризации лиц, часто и длительно болеющих, обеспечение их специализированной помощью, а также ознакомиться с индивидуальными планами восстановления трудоспособности указанной группы лиц. Одновременно следует проверить работу комиссии по трудовому устройству часто и длительно болеющих и инвалидов. В медико-санитарной части нужно выяснить заболеваемость вышеупомянутых лиц, а также сравнить ее с таковой у работающих на данном предприятии.

На основании полученных данных ВТЭК проводит анализ недостатков и ошибок в лечебно-профилактической работе, намечает дополнительные мероприятия, направленные на профилактику инвалидности и восстановление трудоспособности.

**Характер, условия и организации труда в основных профессиях.** Для решения задачи расширения трудового устройства инвалидов на предприятиях ВТЭК проводит изучение комплексного воздействия санитарных условий, характера и организации трудовых процессов на состояние здоровья и трудоспособность инвалидов. При анализе санитарно-гигиенических условий производственного процесса следует обратить особое внимание на его характер (прерывистый, непрерывный процесс), режим труда, степень механизации и автоматизации, метеорологические условия, воздействие ультразвука и различных видов излучения, а также правильность размещения оборудования, состояние осветительных установок и т. п.

Следует обратить внимание на позу работающего, темп работы, физическое и нервное напряжение, контакт с токсическими веществами, концентрацию пыли на рабочем месте, уровень шума, вибрации, оборудование вентиляцией, освещение рабочего места. Результаты могут быть использованы при составлении профессиограмм основных и подсобных профессий, при выборе профессий и видов труда, доступных инвалидам. Особое внимание должно быть обращено на организацию участков для работы лиц, часто и длительно болеющих, и инвалидов. Перечень профессий и видов труда, показанных ин-

валидам, рекомендуется по возможности конкретизировать для каждого производственного участка.

**Проверка фактического трудового устройства инвалидов и его соответствия трудовым рекомендациям ВТЭК.** Необходимо определить, как отражается трудовая деятельность на состоянии здоровья, а также выявить, насколько успешно происходит компенсация нарушенных или утраченных функций. Для этого врачи-эксперты должны ознакомиться с объемом работы и производительностью труда инвалидов в новых условиях, а также заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. На рабочем месте врачи-эксперты знакомятся с условиями труда для инвалидов III группы, облегченными в соответствии с рекомендациями ВТЭК или по инициативе администрации. Проверяются организация рабочих мест, обеспеченность рабочими приспособлениями или рабочей мебелью, облегчающей труд инвалидов, уточняется, какие меры предпринимаются администрацией для улучшения условий труда и обеспечения специально созданных условий инвалидам I и II групп.

Облегченные условия труда, не предусмотренные трудовой рекомендацией, но предоставленные администрацией, могут быть рекомендованы другим больным и инвалидам. Непосредственно на рабочем месте врачи-эксперты могут оценить рациональность трудового устройства, обоснованность трудовой рекомендации ВТЭК и своевременно внести в нее необходимые коррективы.

Если неправильное трудовое устройство явилось следствием ошибочной трудовой рекомендации, последняя должна быть пересмотрена и инвалид переведен на другую работу. При предоставлении инвалиду работы, не соответствующей состоянию его здоровья и трудовой рекомендации ВТЭК, следует выяснить причины невыполнения администрации предприятия решения ВТЭК и принять меры к реализации трудовой рекомендации.

Результаты обследования предприятий, характеризующие выполняемую инвалидом работу, организацию рабочего места, предоставленные в соответствии с трудовой рекомендацией или по инициативе администрации облегченные условия должны быть внесены в акт освидетельствования во ВТЭК и учитываться при повторном освидетельствовании инвалида.

**Участие профсоюзной организации в работе по профилактике инвалидности.** Партией и правительством принят ряд постановлений, направленных на использование труда инвалидов в различных отраслях народного хозяйства. Руководителям предприятий предложено обеспечить работающим инвалидам надлежащие производственные и культурно-бытовые условия, а также первоочередной прием на вакантные должности, в которых может быть использован труд инвалидов.

Руководители предприятий обязаны предоставлять рабочим и служащим, признанным инвалидами в период работы на данном предприятии, работу в соответствии с решением ВТЭК, обеспечивать профессиональное обучение и переобучение инвалидов, внедрять облегчающие труд инвалидов рабочие приспособления, создавать специальные участки и цеха, практиковать работу на дому.

Постановлением Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674 (см. стр. 110) предложена система дополнительных мер по более широкому привлечению инвалидов к труду. Одновременно установлены льготы, способствующие развитию трудовой активности инвалидов и заинтересованности предприятий в применении их труда.

Контроль за выполнением администрацией законодательства и правительственных постановлений, направленных на улучшение трудового устройства инвалидов, должен осуществляться профсоюзной организацией. В завкоме, фабкоме или месткоме члены комиссии знакомятся с деятельностью профсоюзной организации по контролю за трудоустройством инвалидов и улучшением условий их труда. Особое внимание обращается на меры, принимаемые профсоюзной организацией при нарушении администрацией законодательства, в частности в вопросах увольнения инвалидов, а также обеспечения первоочередного приема инвалидов на вакантные должности. Наряду с этим уточняются участие и помощь комиссии по пенсионным вопросам в улучшении трудового устройства инвалидов, размеры и характер бытовой помощи инвалидам (материальная помощь, шефство, устройство детей в детские учреждения, обеспечение жилплощадью и т. д.), помощь инвалидам Отечественной войны и труда в реализации полагающихся им льгот в соответствии с правительственными постановлениями.

**Пополнение специальных знаний о производстве и конкретных производственных условиях.** При вынесении экспертного решения и оформлении трудовой рекомендации, наряду с вопросами медицинского характера, врачу-эксперту приходится сталкиваться с рядом производственных вопросов. Определяя профессиональную трудоспособность свидетелеваемого, он обязан учитывать требования, предъявляемые профессией к работающему, а также производственные условия, в которых протекает трудовой процесс. Врач-эксперт должен быть знаком с возможно большим числом профессий и их санитарно-гигиеническими характеристиками для того, чтобы подобрать инвалиду наиболее доступные виды труда. Трудовые рекомендации должны быть достаточно конкретными, что значительно облегчает рациональное трудовое устройство инвалидов.

Трудовое устройство в сельском хозяйстве имеет свои особенности. Наряду с широким использованием сельскохозяйственной техники, в колхозах и совхозах нередко применяется ручной труд на открытом воздухе, в различных метеорологических условиях. При проверке трудового устройства и изучении условий труда инвалидов в совхозах и колхозах в комиссию должны быть включены представители администрации, профсоюзной организации и общественности. Ответственность за трудоустройство инвалидов, работающих в совхозе, несут администрация и рабочий комитет, а в колхозе — правление. Характер и условия труда в конкретных профессиях сельского хозяйства зависят от технической оснащенности, организации труда и т. п. Большое значение в трудовом устройстве инвалидов имеет структура сельскохозяйственного производства. В животноводческих хозяйствах имеются большие возможности для трудоустройства инвалидов, в то время как в растениеводстве, где работа носит сезонный характер, возможности трудового устройства ограничены.

Схема обследования промышленных предприятий, трудового устройства инвалидов и методика обследования промышленных предприятий, представленные выше, могут применяться для изучения условий труда и трудового устройства инвалидов в сельском хозяйстве.

**Оформление полученных материалов.** Данные, полученные при обследовании промышленного предприятия, изучении характера (процесса) и условий труда в основных и подсобных профессиях, отражают санитарно-гигиеническую характеристику предприятия и могут быть использованы врачами-экспертами при оценке трудоспособности

и трудовом устройстве свидетельствуемых. Все случаи нерационального трудового устройства инвалидов, недостатки в работе медсанчасти, профсоюзной организации и администрации по трудовому устройству инвалидов, профилактике и снижению инвалидности должны быть оформлены специальным актом. В акте намечаются мероприятия по улучшению трудового устройства инвалидов на данном предприятии и сроки исправления всех обнаруженных недостатков.

Результаты проверки обсуждаются с директором или главным инженером предприятия в присутствии начальника отдела кадров. В тех случаях, когда комплексный план и правительственные постановления, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и улучшение трудового устройства не выполняются, результаты обследования обсуждаются на расширенном заседании заводского комитета профсоюза, врачебных конференциях. Случаи систематического ущемления интересов инвалидов на производстве доводятся до сведения исполкомов Советов народных депутатов, постоянных комиссий местных Советов, партийных и профсоюзных органов.

Если трудовое устройство осуществлено в соответствии с трудовой рекомендацией ВТЭК, но оказалось нерациональным, ВТЭК должна пригласить инвалида на заседание, изменить трудовую рекомендацию на новую и внести ее в прежнюю справку ВТЭК. Составленный перечень профессий, видов труда, операций, которые доступны для трудоустройства инвалидов, должен быть согласован с администрацией и утвержден приказом по предприятию.

Проверка устранения недостатков в установленные сроки может быть проведена одним или двумя членами из состава комиссии и результаты проверки доведены до сведения председателя комиссии.

Изучение характера и условий труда, фактического трудового устройства должно способствовать дальнейшему совершенствованию качества трудового устройства инвалидов, работающих в промышленности и сельском хозяйстве. Полученные в результате обследования предприятия материалы дают возможность оценить организацию трудовой деятельности инвалидов; мероприятия по профилактике утяжеления инвалидности и восстановлению трудоспособности; перечень профессий, видов труда, операций, доступных инвалидам. Наряду с этим в процессе обследования могут быть выявлены инвалиды, работающие в противопоказанных условиях, определено влияние трудовой деятельности на состояние здоровья инвалида, произведена оценка правильности вынесенного экспертного решения и трудовой рекомендации ВТЭК.

## Глава 10

# ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ФОРМЫ И ВИДЫ МАТЕРИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ В СССР

Наиболее широкой формой распределения фонда материального обеспечения нетрудоспособных является государственное социальное обеспечение, осуществляемое министерствами социального обеспечения союзных республик и их органами на местах за счет средств, предусмотренных государственным бюджетом. В порядке социального обеспе-

чения определенные категории трудящихся (военнослужащие, учащиеся, работники науки и др.) получают пенсии и пособия; все граждане, независимо от их положения в обществе, имеют право на помещение в дома-интернаты для престарелых и инвалидов, на содействие в устройстве на работу в соответствии с состоянием здоровья и на получение обеспечения в других видах.

Другой формой материального обеспечения нетрудоспособных является государственное социальное страхование. Оно предназначено для обеспечения рабочих и служащих, нетрудоспособных членов их семей и некоторых других категорий трудящихся СССР, на которых в силу особых постановлений правительства распространяются правовые нормы социального страхования (адвокаты, агенты Госстраха и др.). В порядке социального страхования названные категории трудящихся и члены их семей в установленных законом случаях обеспечиваются пособиями по временной нетрудоспособности, пенсиями и другими видами социальной помощи. За счет средств социального страхования проводятся различные оздоровительные, профилактические и другие мероприятия (направление в санатории, дома отдыха и т. п.).

Финансовой базой для осуществления этих видов помощи являются отчисления предприятий, учреждений, организаций в установленных государством размерах в фонд социального страхования, без каких-либо удержаний из зарплаты рабочих и служащих.

Управление государственным страхованием возложено на профсоюзы.

Основной организационно-правовой формой обеспечения нетрудоспособных колхозников является их социальное обеспечение, установленное Законом СССР от 15 июля 1964 г.<sup>1</sup> Круг лиц, обеспечиваемых в форме социального обеспечения колхозников, ограничен членами данного колхоза, которым назначаются и выплачиваются пенсии по возрасту, по инвалидности, по случаю потери кормильца и пособия колхозникам по беременности и родам.

Финансирование указанных мероприятий осуществляется из общесоюзного фонда социального обеспечения колхозников, образуемого отчислениями колхозов в установленном проценте от валового дохода колхозов, без каких-либо вычетов из заработка колхозников.

Управление социальным обеспечением колхозников осуществляется представительными органами колхозов — советами социального обеспечения колхозников, правлениями колхозов. Государственные органы социального обеспечения оказывают активную помощь колхозам в управлении социальным обеспечением колхозников.

Другой организационно-правовой формой обеспечения колхозников в случаях временной нетрудоспособности и социальной помощи в иных случаях является социальное страхование. Эта форма обеспечения распространяется на членов колхоза и их семьи.

Источниками финансирования для проведения указанных видов помощи является централизованный союзный фонд социального страхования колхозников, образуемый за счет взносов колхозов в установленном размере к сумме расходов на оплату труда членов колхоза (денгами и натурой), без каких-либо удержаний из заработка членов колхоза.

Управление социальным страхованием колхозников в соответствии с постановлением Совета Министров СССР и ВЦСПС от 27 марта

<sup>1</sup> Ведомости Верховного Совета СССР, 1964, № 29, ст. 340.

1970 г. № 214 возложено на профсоюзы<sup>1</sup>. В таком же порядке и размерах, установленных для членов колхозов, осуществляется социальное страхование членов рыболовецких колхозов (постановление Совета Министров СССР и ВЦСПС от 4 мая 1972 г. № 323)<sup>2</sup>.

Кроме названных форм материального обеспечения нетрудоспособных в СССР, существуют формы дополнительного материального обеспечения, касающиеся некоторых творческих работников — писателей, художников, архитекторов, композиторов, которые получают пособия и другие виды помощи из литературного, художественного фондов, образуемых из установленных взносов издательств и других организаций.

Существующая дифференциация материального обеспечения трудящихся разных социальных групп в настоящее время является объективно необходимой, так как она определяется основными формами социалистической собственности (ст. 11 и 12 Конституции СССР) и зависит от уровня развития производительных сил и производственных отношений.

В материалах XXV и XXVI съездов КПСС говорится о том, что политика партии предусматривает последовательное и постепенное преодоление социально-экономических и культурно-бытовых существенных различий между городом и деревней. В частности, Основные направления экономического и социального развития СССР на 1981—1985 годы и на период до 1990 года предусматривают «дальнейшее выравнивание условий социального обеспечения колхозников и работников государственных предприятий».<sup>3</sup>

Перечисленные выше организационно-правовые формы материального обеспечения нетрудоспособных образуют единую систему советского материального обеспечения нетрудоспособных (Конституция СССР, ст. 24, 43).

В каждой из указанных форм материальное обеспечение нетрудоспособных и престарелых в соответствии с действующим законодательством может осуществляться в следующих видах: денежном, натуральном, трудовом, бытовом обеспечении.

Важнейшими видами денежного обеспечения являются: а) пенсии: по возрасту, по инвалидности, по случаю смерти кормильца, за выслугу лет, персональные пенсии; б) пособия: по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, на рождение ребенка, на погребение, по переквалификации, при санаторно-курортном лечении, при болезни члена семьи в случае необходимости ухода за заболевшим, при карантине, при временном переводе на другую работу, в связи с заболеванием туберкулезом или профессиональным заболеванием, при протезировании с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия; в) ежемесячные государственные пособия: многодетным и одиноким матерям; инвалидам с детства; инвалидам I и II групп, не имеющим права на пенсию; на детей малообеспеченным семьям. К натуральным видам обеспечения относятся: дома-интернаты для инвалидов, дома-интернаты для престарелых, детские дома для умственно отсталых, специальные средства передвижения — автомобили с ручным управлением, мотоколяски, велоколяски,

<sup>1</sup> О мерах по осуществлению социального страхования членов колхозов. — СП СССР, 1970, № 6, ст. 41.

<sup>2</sup> О мерах по осуществлению социального страхования членов рыболовецких колхозов. СП СССР, 1972, № 9, ст. 49.

<sup>3</sup> Материалы XXVI съезда КПСС. М., 1981, с. 179.

протезирование, выдача предметов одежды, обуви, продовольствия и др.

Трудовое обеспечение состоит в определении степени утраченной и сохранившейся у инвалида трудоспособности; в проведении мер по медицинской, профессиональной реабилитации; в создании баз для применения труда лиц с нарушенной трудоспособностью (инвалиды); в правовом регулировании труда работающих инвалидов, в контроле за соблюдением предоставленных им льгот.

Бытовое обеспечение заключается: в преимуществах инвалидам при обеспечении жилплощадью, пользовании бытовыми учреждениями, предприятиями торговли, учреждениями культуры; в создании льготных условий пользования городским транспортом, льгот по налоговому обложению и других, содействующих поддержанию сохранившейся трудоспособности.

## Глава 11

### ТРУДОВОЕ УСТРОЙСТВО (ОБЕСПЕЧЕНИЕ) ИНВАЛИДОВ

#### СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «ТРУДОУСТРОЙСТВО ИНВАЛИДОВ»

Под трудоустройством инвалидов как правовым институтом понимается система норм, регулирующих общественные отношения, возникающие: в процессе установления органами врачебно-трудовой экспертизы данному гражданину факта стойкой утраты трудоспособности и рекомендации мер по ее восстановлению; в период реализации указанных рекомендаций государственными и хозяйственными органами и общественными организациями; при поступлении инвалида на работу на предприятие (учреждение, организацию) лично или через посредничество органов по использованию трудовых ресурсов, органов социального обеспечения или профсоюзных органов; в процессе применения труда инвалидов на предприятиях, в учреждениях, организациях; при осуществлении контроля государственными и общественными организациями (в частности, ВТЭК) за соблюдением законодательства о социальном обеспечении и труде инвалидов. Следовательно, трудоустройство инвалидов — это не единичный, разовый акт направления на работу лиц с нарушенной трудоспособностью, а сложный процесс возвращения их к трудовой деятельности. Первой, начальной, стадией этого процесса является врачебно-трудовая экспертиза, устанавливающая степень стойкой утраты трудоспособности, определяющая сохранившиеся трудовые возможности у свидетелемого лица и рекомендующая мероприятия по восстановлению трудоспособности (лечение и протезирование, обучение новой профессии и специальности и др.); второй стадией этого процесса следует считать практическое осуществление рекомендаций ВТЭК соответствующими органами здравоохранения, социального обеспечения, учебными заведениями, хозяйственными и другими организациями; третьей стадией процесса трудоустройства является обеспечение инвалидов компетентными органами работой на предприятиях, в учреждениях, организациях, доступной им по состоянию здоровья; четвертой стадией процесса трудоустройства можно считать фактическое применение труда инвалида на не противопоказанных ему работах; наконец, пятой



стадий указанного процесса является осуществление государственного надзора и общественного контроля за соблюдением законодательства о социальном обеспечении и труде инвалидов, проведение мер по дальнейшему улучшению условий труда и быта работающих инвалидов, что сохраняет на длительные сроки и повышает их способность к труду.

Все названные стадии процесса трудоустройства находятся в тесной связи и взаимозависимости одна от другой, так как объединены общей единой целью — возвращением инвалида к труду. Поэтому и правовые нормы, регулирующие отношения, возникающие в каждой стадии процесса трудоустройства, тесно взаимосвязаны и содействуют достижению намеченной цели.

## ОСНОВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ГАРАНТИИ ТРУДОВОГО УСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ

Действующее законодательство о труде рабочих и служащих распространяется и на инвалидов за некоторыми изъятиями, о которых сказано ниже. Но, кроме того, правовое регулирование труда инвалидов осуществляется специальными нормами, обеспечивающими инвалидам возможность трудиться, не ухудшая состояния своего здоровья.

Одной из наиболее важных правовых гарантий является соблюдение того, чтобы характер и условия труда соответствовали трудовым возможностям каждого инвалида, установленным для него решением ВТЭК, а для лиц, часто и длительно болеющих, но не признанных инвалидами, — медицинскими рекомендациями ВКК.

Решениям ВТЭК об условиях и характере труда инвалидов придается правовая сила, они являются обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций, равно как и заключения лечебных учреждений о переводе длительно болеющих рабочих и служащих на работы с облегченными условиями труда на время их лечения<sup>1</sup>.

Другой важной гарантией, облегчающей трудовое обеспечение инвалидов, является их право на получение работы по избранной ими профессии и специальности, не противоречащей решению ВТЭК, как правило, на тех же предприятиях и в организациях, где рабочие и служащие стали инвалидами. Это право закреплено п. 2 постановления Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299 и п. 22 Положения о ВТЭК, утвержденного указанным постановлением<sup>2</sup>, а также постановлениями Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674 и др.<sup>3</sup>.

Указанное право может быть реализовано инвалидом при том условии, что на данном предприятии имеется работа, предусмотренная решением ВТЭК. При отсутствии такой работы администрация предприятия, организации, учреждения свободна от обязанности продолжать трудовые отношения с работником-инвалидом, но обязана оказать ему содействие в переводе на другое предприятие,

<sup>1</sup> Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении, ст. 50. — Ведомости Верховного Совета СССР, 1969, № 52, ст. 466.

<sup>2</sup> Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях (ВТЭК). Утверждено постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299 — СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34.

<sup>3</sup> О мерах по дальнейшему использованию труда пенсионеров по старости и инвалидов в народном хозяйстве и связанных с этим дополнительных льготах — СП СССР, 1973, № 21, ст. 116.

учреждение, организацию (с согласия инвалида), где имеются работы, соответствующие трудовой рекомендации ВТЭК.

Поскольку не все инвалиды по состоянию здоровья могут работать на любом предприятии, важной гарантией, обеспечивающей возможность привлечения к труду лиц с пониженной трудоспособностью, является решение правительства о создании специализированных предприятий (производственных объединений), цехов и участков, предназначенных для использования труда пенсионеров по возрасту и инвалидов. Указанные предприятия должны быть основной материальной базой для трудоустройства инвалидов, не могущих без ущерба для своего здоровья работать на предприятиях с обычными условиями труда.

В дополнение к специализированным предприятиям, создаваемым в государственной и местной промышленности, некоторые общественные организации, в частности общества слепых и глухих, создали и создают специальные учебно-производственные предприятия для трудоустройства своих членов.

Законодательно закреплено требование о создании на производстве условий труда, не только отвечающих общим правилам и нормам техники безопасности, производственной санитарии и гигиены труда, но и особым специальным требованиям к организации труда и рабочего места инвалидов с учетом их заболеваний и физических недостатков, установлением для них в необходимых случаях особого режима труда и отдыха и других условий, обеспечивающих возможность не только длительной работы по своей специальности, но и возможность дальнейшего профессионального роста и повышения квалификации<sup>1</sup>.

Существенной гарантией рациональной организации труда инвалидов является систематическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья работающих инвалидов, оказанием им своевременной помощи для поддержания достигнутого уровня трудоспособности и ее дальнейшего восстановления, а также проведением систематического государственного надзора и общественного контроля за соблюдением законодательства о труде инвалидов<sup>2</sup>.

Весьма важной правовой гарантией трудового обеспечения инвалидов является то, что осуществляется оно широким кругом органов и организаций.

В работу по трудовому обеспечению инвалидов вовлекаются практически все государственные и хозяйственные органы, а также общественные организации.

Вместе с тем каждый орган в определенной стадии процесса трудоустройства инвалидов занимает свое особое место, выполняет свою специфическую роль и несет конкретные обязанности, предусмотренные рядом нормативных актов Советского государства. В этом смысле характерно постановление<sup>3</sup> Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г., № 299, которое обязывает Советы Министров автономных республик, райисполкомы, облисполкомы,

<sup>1</sup> Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о труде, гл. VII; КЗоТ РСФСР, гл. X и др.

<sup>2</sup> Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о труде, ст. 104, КЗоТ РСФСР, ст. 244; Положение о правах фабричного, заводского, местного комитета профессионального союза, пп. 13, 21 – Ведомости Верховного Совета СССР, 1971, № 39, ст. 382.

<sup>3</sup> О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы – СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34.

Мостгорисполком, Ленгорисполком и ведомства принять конкретные меры по дальнейшему улучшению санитарно-гигиенических условий труда, устранению причин, приводящих к заболеваниям и инвалидности рабочих и служащих. Ведущая роль в организации всего процесса трудоустройства инвалидов возложена государством на министерства социального обеспечения союзных республик и их органы на местах.

## ПРАВОВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА ИНВАЛИДОВ НА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ ОБЩЕГО ТИПА

### НАПРАВЛЕНИЕ И ПРИЕМ ИНВАЛИДОВ НА РАБОТУ

В СССР действует принцип социализма: «От каждого по его способности, каждому — по его труду». Труд является обязанностью и моральным долгом каждого способного к труду гражданина по принципу: «кто не работает, тот не ест» (Конституция СССР, ст. 40, 60). Это значит, что для лиц, признанных в законном порядке нетрудоспособными, т. е. для инвалидов I и II групп, не установлено правовой обязанности трудиться. Социалистическое общество осуждает их и от морального долга работать и принимает на себя обязанность удовлетворять их материальные и духовные потребности за счет государства. В то же время инвалиды III группы, т. е. лица, ограниченно трудоспособные, в меру сохранившейся трудоспособности, определяемой ВТЭК, обязаны трудиться. Труд для них является и моральным долгом. Государство создает им льготные условия труда и обеспечивает возможность удовлетворения их материальных потребностей частично за счет государства (пенсии, пособия), а также за счет личного их участия в общественно полезном труде «по способности», т. е. в рамках, установленных трудовой рекомендацией ВТЭК.

Законодательство о здравоохранении и о труде СССР преследует цель «обеспечения гармонического развития физических и духовных сил, здоровья, высокого уровня трудоспособности и долголетней активной жизни граждан; предупреждения и снижения заболеваемости, дальнейшего сокращения инвалидности и снижения смертности; установления факторов и условий, вредно влияющих на здоровье граждан»<sup>1</sup>.

Содержание указанных законов является юридической гарантией и материальным обеспечением возможности трудиться всем гражданам СССР, в том числе и лицам с нарушенной трудоспособностью, инвалидам не только III группы, но и инвалидам I и II групп.

Для выполнения своих конституционных обязанностей и для осуществления предусмотренных Конституцией прав граждане СССР заключают с предприятиями, учреждениями, организациями трудовые договоры, вступают с ними в трудовые правоотношения.

Ст. 8 ОЗоТ (ст. 15 КЗоТ РСФСР) определяет трудовой договор как соглашение между трудящимися и предприятием, учреждением, организацией, по которому трудящийся обязуется выполнять работу по определенной специальности, квалификации или должности с подчинением внутреннему трудовому распорядку, а предприятие, учрежде-

<sup>1</sup> Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, ст. 1. — Ведомости Верховного Совета СССР, 1969, № 52, ст. 466.

ние, организация обязуются выплачивать трудящемуся заработную плату и обеспечивать условия труда, предусмотренные законодательством о труде, коллективным договором и соглашением сторон.

Содержание трудового договора, требования к работнику в процессе производственной деятельности по определенной профессии, специальности и квалификации, обязательность выполнения установленных правил внутреннего трудового распорядка должны привлекать пристальное внимание ВТЭК. Всесторонняя оценка состояния здоровья инвалида и функциональных возможностей организма, с точки зрения соответствия данной работе, а также способности добросовестно, без ущерба для здоровья, выполнять возлагаемые на него обязанности, — такова важнейшая задача, которую ВТЭК может успешно выполнить, постоянно руководствуясь тарифно-квалификационными справочниками (межотраслевыми и отраслевыми), изучая на производстве содержание и условия труда для работников данной профессии, специальности и квалификации<sup>1</sup>.

При этом надо иметь в виду, что условия договоров о труде инвалидов должны соответствовать законодательству Союза ССР и союзных республик о труде и, следовательно, соответствовать трудовой рекомендации ВТЭК. Всякие условия трудового договора, противоречащие законодательству, являются недействительными<sup>2</sup>.

Заключение авторитетной и квалифицированной экспертной комиссии о трудовых возможностях инвалида обязывает администрацию предприятия предложить работнику-инвалиду определенный вид работы при заключении с ним трудового договора с учетом его желания.

Руководители предприятий и организаций обязаны сообщать органам по использованию трудовых ресурсов и органам социального обеспечения сведения о вакантных должностях и рабочих местах, на которых могут быть использованы трудоспособные пенсионеры по возрасту и инвалиды<sup>3</sup>. При приеме на работу инвалидов и пенсионеров по возрасту администрация предприятия (учреждения, организации) обязана сообщить об этом в 5-дневный срок районным отделам социального обеспечения по месту жительства пенсионеров. Выполнение этого правила администрацией предприятия позволяет отделам социального обеспечения осуществлять своевременный контроль за правильностью трудоустройства инвалидов и лиц престарелого возраста, а также контроль за правильностью выплаты им пенсий<sup>4</sup>.

Направление инвалидов на работу осуществляется районным отделом социального обеспечения с учетом действующего законодательства и трудовых рекомендаций ВТЭК, данных каждому инвалиду<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Положение о ВТЭК, п. 2.

<sup>2</sup> Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о труде, ст. 5.— Вестник Верховного Совета СССР, 1970, № 29, ст. 265.

<sup>3</sup> Постановление Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г., № 674, п. 3.

<sup>4</sup> Инструкция о порядке трудового устройства инвалидов Отечественной войны, утвержденная приказом Народного комиссариата социального обеспечения РСФСР от 11 апреля 1944 г. № 86.— В кн.: Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник официальных документов с комментариями. М., 1972, с. 465.

<sup>5</sup> Положение об отделе социального обеспечения исполнительного комитета районного Совета депутатов трудящихся. Утверждено постановлением Совета Министров РСФСР от 29 февраля 1972 г. № 124. СП РСФСР, 1972, № 8, ст. 37.

Направление на работу (путевка) выдается органом социального обеспечения как по инициативе инвалида, так и по предложению отдела социального обеспечения, причем право инвалида на выбор места и вида работы закреплено в ряде нормативных актов. В указанной выше Инструкции НКССО РСФСР от 11 апреля 1944 г. говорится о том, что при рекомендации работы районный (городской) отдел социального обеспечения должен учитывать место жительства и личное желание инвалида и что за инвалидом остается безусловное право выбора специальности и места работы.

Направление (путевка) по своей юридической природе является актом советского государственного управления. Этот акт дает инвалиду право на заключение трудового договора с определенным предприятием (учреждением, организацией), а администрации предприятия (учреждения, организации) вменяет в обязанность принять инвалида на работу, соответствующую трудовой рекомендации ВТЭК<sup>1</sup>.

При направлении инвалидов на работу органы социального обеспечения должны исходить из утвержденных планов по трудоустройству и направлять на работу инвалидов в те предприятия (учреждения и организации), которые получили задание от местных Советов народных депутатов и соответствующих вышестоящих органов по приему инвалидов на работу.

Для инвалидов Великой Отечественной войны и других инвалидов из числа военнослужащих, ставших инвалидами при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, Советы Министров союзных республик, министерства и ведомства СССР устанавливают броню приема на работу в пределах до 2% общей численности рабочих и служащих дифференцированно для каждой отрасли. С 1977 г. броня для приема на работу инвалидов в пределах указанных норм установлена для всех инвалидов независимо от причины инвалидности<sup>2</sup>.

Большим стимулом для безотказного приема на работу инвалидов Великой Отечественной войны на предприятия и стройки является то обстоятельство, что они не включаются в среднесписочную численность работников предприятия, стройки и, таким образом, не могут влиять на ухудшение производственных, экономических показателей.

Кроме того, органы социального обеспечения направляют на работу инвалидов согласно заявкам предприятий, учреждений, организаций о наличии у них вакантных должностей или при потребности в рабочей силе, если эти должности или виды работ, согласно утвержденному исполкомами Советов народных депутатов перечню должностей, подлежат преимущественному замещению инвалидами. Если инвалид признан ВТЭК годным к определенному виду труда, то «ни одно предприятие или учреждение не вправе ссылаться на инвалидность как на обстоятельство, препятствующее приему инвалида на работу»<sup>3</sup>.

Указанная юридическая гарантия при приеме инвалида на работу подкрепляется ст. 8 ОЗот, запрещающей вообще необоснованный отказ

<sup>1</sup> КЗоТ РСФСР, ст. 157.

<sup>2</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 322. СП СССР, 1981, № 12, ст. 71.

<sup>3</sup> Постановление Совета Народных Комиссаров РСФСР от 19 июля 1930 г. СУ РСФСР, 1930, № 35, ст. 466.

в приеме на работу трудящихся. Юридическая гарантия при приеме на работу инвалидов содержится также в ст. 157 КЗоТ РСФСР, обязывающей администрацию принимать на работу в порядке трудоустройства инвалидов и устанавливать им в соответствии с медицинскими рекомендациями неполное рабочее время и другие льготные условия труда.

Рабочие и служащие, поступающие на работу, обязаны представить администрации предприятия (учреждения, организации) трудовую книжку, а если данное лицо поступает на работу впервые — справку соответствующего жилищно-коммунального органа, сельского или поселкового Совета о последнем занятии, а также паспорта в соответствии с законодательством о паспортах. Уволенные из рядов Вооруженных Сил СССР обязаны предъявлять администрации военный билет. При приеме на работу, требующую специальных знаний, администрация вправе потребовать от работника предъявления диплома или иного документа о полученном образовании или профессиональной подготовке. Действующее законодательство не обязывает инвалида предъявлять при поступлении на работу на предприятия общего типа справки ВТЭК и не содержит права администрации требовать представления этой справки. При поступлении на работу рабочие и служащие, занятые на тяжелых работах и на работах с вредными и опасными условиями труда, а также на работах, связанных с движением транспорта, проходят обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры для определения пригодности их к поручаемой работе и предупреждения профессиональных заболеваний.

Работники предприятий пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, лечебно-профилактических и детских учреждений, а также некоторых других предприятий (учреждений, организаций) проходят указанные медицинские осмотры в целях охраны здоровья населения<sup>1</sup>.

Список профессий и производств, для работы в которых обязательны медицинские осмотры и порядок проведения этих осмотров установлен Министерством здравоохранения СССР по согласованию с ВЦСПС<sup>2</sup>. Требования, установленные названным приказом, должны быть учтены ВТЭК при составлении трудовой рекомендации инвалидам.

Заключение трудового договора должно быть надлежащим образом оформлено. Действующее законодательство допускает возможность заключения трудового договора как в устной, так и в письменной форме (ст. 18 КЗоТ РСФСР).

При заключении трудового договора соглашением сторон может быть обусловлено испытание с целью проверки соответствия рабочего или служащего поручаемой ему работе, причем это условие должно быть указано в приказе (распоряжении) о приеме на работу. Испытание не может быть установлено для лиц, не достигших 18 лет; молодых рабочих и молодых специалистов по окончании учебных заведений; инвалидов Отечественной войны, направленных на работу

<sup>1</sup> Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о труде, ст. 65; Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, ст. 29.

<sup>2</sup> О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся. Приказ М-ва здравоохранения СССР от 30 мая 1969 г. № 400 СЗАОТ. М., 1974, с. 768—769.

в счет брони (ст. 21 КЗоТ РСФСР). Недопустимо установление испытательного срока инвалидам, направленным органом социального обеспечения на работу в счет утвержденного плана трудоустройства для данного предприятия. Испытание не устанавливается также при приеме на работу в другую местность и при переводе на работу на другое предприятие (учреждение, организацию).

Поскольку направление на работу в счет брони или в счет плана по трудоустройству гарантирует инвалиду получение работы на определенном предприятии, то и в случае отсутствия у него достаточной квалификации или опыта работы он не должен увольняться по несоответствию выполняемой работе по состоянию здоровья. Инвалиду должна быть предоставлена возможность либо повысить квалификацию, либо приобрести новую специальность в одной из форм производственного обучения на данном предприятии. Инвалиду может быть также предоставлена другая подходящая работа на том же предприятии с учетом имеющейся трудовой рекомендации ВТЭК. Срок испытания не может превышать 1 нед для рабочих, 2 нед — для служащих, кроме ответственных работников, и 1 мес — для ответственных работников.

Если срок испытания истек, а рабочий или служащий продолжает работу, он считается выдержавшим испытание. При неудовлетворительном результате испытания работник может быть уволен администрацией без согласования с профсоюзным комитетом и без выходного пособия. Увольнение по этому основанию работник вправе обжаловать в народный суд (ст. 22, 23 КЗоТ РСФСР).

Молодые специалисты — инвалиды I и II групп, окончившие учебные заведения, должны направляться на работу с учетом состояния их здоровья по месту постоянного жительства их семьи или, с их согласия, в одно из мест, предложенных комиссией по распределению молодых специалистов. Молодым специалистам, имеющим родителей — инвалидов I и II группы, при отсутствии в семье других трудоспособных членов работа предоставляется по их просьбе по месту постоянного жительства родителей. Положение о персональном распределении молодых специалистов, оканчивающих высшие и средние специальные заведения СССР (приказ Министерства высшего и среднего специального образования СССР № 220 от 18 марта 1968 г., п. 12, 13)<sup>1</sup>.

## ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА С ИНВАЛИДАМИ

Важное значение имеет закрепленный в ст. 12 Основ законодательства о труде (ст. 24 КЗоТ РСФСР) принцип определенности трудовой функции. В силу этого принципа администрация не вправе требовать от рабочего или служащего выполнения работы, не обусловленной трудовым договором. Поэтому перевод на другую работу на том же предприятии (в учреждении, организации), а также перевод на работу на другое предприятие (в учреждение, организацию) либо в другую местность, хотя бы вместе с предприятием (учреждением, организацией) допускается только с согласия рабочего или служащего.

В отдельных случаях законом допускается временный перевод на другую работу (ст. 14, 56 ОЗоТ).

<sup>1</sup> Сборник законодательных актов о труде. М., 1974, с. 251.

Под переводом на другую работу понимается предложение работнику выполнять трудовые обязанности, отличные от обязанностей, предусмотренных трудовым договором, т. е. выполнять работу по другой специальности или должности, или, не меняя рода деятельности, осуществлять ее в иных условиях (изменение объема работы, размера и системы оплаты труда, переход от нормальных к вредным условиям труда, приобретение или утрата прав на льготы и т. п.), или предложение перейти на работу на другое предприятие или в другую местность, хотя бы по той же специальности или должности. Перемещение же на работу без изменения условий труда в том же цехе или в другой цех того же предприятия (перемещение рабочего места) не является переводом на другую работу в юридическом смысле этого слова (КЗоТ РСФСР, ст. 25).

Выполняя обусловленные при приеме на работу трудовые обязанности, инвалид во многих случаях связан не только характером работы (профессией, специальностью, квалификацией), но и особенностью организации труда применительно к имеющемуся у него анатомическому дефекту или заболеванию (необходимость обеспечения его специальным рабочим местом) — всем тем, что делает для него труд доступным. Вследствие этого при переводе инвалидов на другую работу администрация предприятия связана трудовой рекомендацией ВТЭК. Допускаемый ст. 14 ОЗоТ (КЗоТ РСФСР, ст. 26, 27) временный перевод на другую работу в случае производственной необходимости и в случае простоя, как и перевод на другую работу в порядке дисциплинарного взыскания и в других случаях, может действовать в отношении инвалидов только в рамках, очерченных трудовой рекомендацией, конкретизированной медико-санитарной частью предприятия при приеме на работу.

В случае производственной необходимости администрация имеет право переводить рабочих и служащих на срок до 1 мес на не обусловленную трудовым договором работу на том же предприятии (учреждении, организации), но в той же местности, с оплатой труда по выполняемой работе, но не ниже среднего заработка по прежней работе. Перевод по производственной необходимости допускается для предотвращения или ликвидации стихийного бедствия (пожар, наводнение, землетрясение и т. п.), производственной аварии или немедленного устранения их последствий, для предотвращения несчастных случаев, простоя, гибели или порчи государственного или общественного имущества и в других исключительных случаях. К производственной необходимости относится также потребность замещения отсутствующего рабочего или служащего. При этом продолжительность перевода на другую работу по этой причине не может превышать 1 мес в течение календарного года (КЗоТ РСФСР, ст. 26).

В случае простоя (например, в случае отсутствия электроэнергии, материала) рабочие и служащие могут быть переведены с учетом их специальности и квалификации (для инвалидов, кроме того, с учетом трудовой рекомендации ВТЭК) на другую работу на том же предприятии (в учреждении, организации) на все время простоя либо на другое предприятие (учреждение, организацию), но в той же местности на срок до 1 мес. При переводе на нижеоплачиваемую работу вследствие простоя за рабочими и служащими сохраняется средний заработок при условии выполнения норм выработки. Рабочие и служащие, не выполняющие норм выработки или переведенные на повременно оплачиваемую работу, имеют право на сохранение их тарифной ставки — оклада (КЗоТ РСФСР, ст. 27). При простое и в случае



временного замещения отсутствующего работника запрещается перевод квалифицированных рабочих и служащих на неквалифицированные работы (КЗоТ РСФСР, ст. 28).

При соблюдении администрацией указанных выше правил перевод на временную работу рабочих и служащих в случае производственной необходимости или простоя является обязательным для работника, а поэтому отказ от такого перевода считается нарушением трудовой дисциплины. Отказ инвалида от перевода на другую работу, которая противоречит рекомендации ВТЭК или ухудшает условия его труда, является отказом по уважительной причине, правомерным действием, и администрация не имеет права требовать от работника-инвалида выполнения такой работы. Временный перевод на другую нижеоплачиваемую работу на данном предприятии (учреждении, организации) допускается в качестве меры дисциплинарного взыскания на срок не более 3 мес с оплатой по выполняемой работе (ОЗоТ, ст. 56, п. 4; КЗоТ РСФСР, ст. 135, п. 4).

Женщины-работницы и служащие в период беременности в соответствии с врачебным заключением переводятся на другую, более легкую работу с сохранением среднего заработка по прежней работе. Точно так же матери, кормящие грудью, и женщины, имеющие детей в возрасте до 1 года, если их обычная работа вредно отражается на воспитании ребенка, переводятся на другую работу с сохранением среднего заработка по прежней работе на все время кормления ребенка или до достижения ребенком возраста 1 года (ОЗоТ, ст. 70; КЗоТ РСФСР, ст. 164).

С согласия рабочих и служащих, нуждающихся по состоянию здоровья в предоставлении более легкой работы, администрация обязана перевести их на такую работу временно или без ограничения срока в соответствии с медицинским заключением (ОЗоТ, ст. 66; КЗоТ РСФСР, ст. 155).

В тех случаях, когда работник не выполняет надлежащим образом своей обычной работы, вследствие пониженной трудоспособности, но не приводящей к инвалидности, а также в случае частых невыходов работника на работу, вызванных хроническим заболеванием, администрация вправе перевести работника на другую работу. Факт пониженной трудоспособности, а также хронического заболевания у работника устанавливается ВКК при лечебных учреждениях.

Трудоспособным рабочим и служащим, которые в связи с каким-либо заболеванием нуждаются в облегченных или измененных условиях труда, ВКК выдает соответствующее заключение об этом или заключение о желательности перевода их (временно или постоянно) на другую работу в установленном законом порядке, без выдачи больничного листка. При этом ВКК определяет характер рекомендуемой работы с учетом квалификации работника<sup>1</sup>. При переводе рабочих и служащих по состоянию здоровья на более легкую работу за ними сохраняются прежний заработок в течение 2 нед со дня перевода.

Особое внимание Советское государство уделяет регулированию труда рабочих и служащих, которые больны открытой формой туберкулеза легких с периодическими обострениями и общими явлениями интоксикации и лечатся наложением искусственного пневмоторакса.

<sup>1</sup> Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях, п. 15. — В кн.: Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 75.

Заболевшие туберкулезом рабочие и служащие, занятые на работах, при которых выделяются вредные пары и газы, пыль в значительном количестве, а также в условиях высокой влажности и резких степеней облучения высокой температуры, подлежат, согласно заключению ВКК туберкулезного диспансера, переводу администрацией предприятия на другие работы, не связанные с воздействием на них указанных вредностей.

Указанные работники по заключению ВКК должны освобождаться от работы в ночную смену и переводиться на работу в дневную смену, а где это возможно, в утреннюю смену. Лица с активной формой туберкулеза не допускаются к сверхурочным работам.

Если на данном предприятии перевод лиц, заболевших туберкулезом, на другую работу невозможен из-за отсутствия подходящих работ, эти работники по заключению ВКК направляются на курсы по переквалификации. Если рабочие и служащие вследствие заболевания туберкулезом или вследствие профессионального заболевания являются временно нетрудоспособными по своей обычной работе, но могут без ущерба для работы и без нарушения нормального хода лечения выполнять другую работу, то они по заключению ВКК временно переводятся на эту работу.

Перевод производится администрацией по согласованию с профсоюзным комитетом. Если новая работа оплачивается ниже, чем постоянная работа временно переведенного лица, то ему выдается пособие по больничному листку за все время перевода, но не более чем за 2 мес. в таком размере, чтобы вместе с заработком по новой работе оно не превышало полного фактического заработка по прежней работе<sup>1</sup>.

Лица, заболевшие туберкулезом и направленные ВКК на курсы по переквалификации, за время нахождения на курсах, но не более чем за 3 мес, имеют право на получение пособия за счет средств государственного социального страхования в размере 50 % среднего заработка, но не свыше 30 р. в месяц<sup>2</sup>.

При переводе инвалида на другую постоянную работу в соответствии с требованиями новой трудовой рекомендации ВТЭК не имеет решающего значения тот факт, что инвалид справляется со своей работой. В подобных случаях инвалид не может быть оставлен на своей прежней работе потому, что возникает опасность причинения прямого вреда его здоровью, а в отдельных случаях — угроза жизни инвалида и жизни окружающих его работников. Администрация обязана либо перевести инвалида (с его согласия) на другую работу (на данном или на другом предприятии), либо поставить перед профсоюзным комитетом вопрос об увольнении его по п. 2 ст. 17 ОЗот (п. 2, ст. 33 КЗоТ РСФСР) вследствие обнаружившегося несоответствия рабочего или служащего занимаемой должности или выполняемой работе по состоянию здоровья.

Особую заботу должна проявить администрация предприятия в подборе другой работы для инвалидов и лиц, получивших инвалидность впервые. Как сказано выше, они должны быть устроены по их желанию на работу в том же предприятии, где они получили инвалидность. Для того чтобы создать условия, соответствующие

<sup>1</sup> Положение о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию, п. 15. — В кн.: Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 24.

<sup>2</sup> Там же, п. 99 — 101.

трудоустройству, а также обеспечить инвалидам более легкие виды труда, администрации предприятия предоставлено право освобождать с легких работ физически здоровых работников и переводить их на другие работы в том же или другом предприятии в установленном законом порядке<sup>1</sup>.

Предприятие (учреждение, организация) несет материальную ответственность за ущерб, причиненный рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с их работой, если указанный ущерб имел место по вине предприятия (учреждения, организации).

Возмещение ущерба состоит в выплате пострадавшему денежных сумм в размере заработка, которого он лишился вследствие утраты трудоспособности от данного увечья либо иного повреждения здоровья. Если потерпевший по его просьбе или по инициативе администрации временно переводится на нижеоплачиваемую работу, ему выплачивается разница между прежним и новым заработком за все время до момента восстановления трудоспособности или установления инвалидности<sup>2</sup>.

## ОСНОВАНИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА С ИНВАЛИДАМИ И ПОРЯДОК УВОЛЬНЕНИЯ

Советское законодательство устанавливает всемерную охрану трудовых прав рабочих и служащих. Никто не может быть уволен с работы, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом.

ОЗот допускается возможность прекращения трудового договора (ОЗот, ст. 15; КЗот РСФСР, ст. 29): 1) по соглашению между работником и администрацией предприятия (учреждения, организации); 2) вследствие истечения срока трудового договора, заключенного на срок до 3 лет или на время выполнения определенной работы; 3) в случае призыва или поступления рабочего или служащего на военную службу; 4) по инициативе рабочего или служащего, а также по инициативе администрации либо по требованию профсоюзного органа; 5) в случае перевода работника (с его согласия) на другую работу или перехода на выборную должность; 6) в случае отказа рабочего или служащего от перевода на работу в другую местность вместе с предприятием (учреждением, организацией); 7) после вступления в законную силу приговора суда, которым рабочий и служащий осужден (кроме случаев условного осуждения) к лишению свободы, исправительным работам не по месту работы либо к иному наказанию, исключающему возможность продолжения данной работы.

Увольнение инвалидов по их инициативе. Увольнение инвалидов, лиц, часто и длительно болеющих, и престарелых, принятых на постоянную работу, может иметь место как по собственному желанию, на

<sup>1</sup> Постановление НКТ СССР от 26 ноября 1930 г. № 345 «Об использовании труда инвалидов на более легких работах». — Изв. НКТ СССР, 1930, № 34 — 35.

<sup>2</sup> Постановление Госкомтруда и Президиума ВЦСПС от 22 декабря 1961 г. № 483/25 с последующими изменениями и дополнениями. — В кн.: Социальное обеспечение и страхование СССР. Сборник официальных документов с комментариями. М., 1972, с. 532. Подробнее об этом см. гл. 3 настоящего Справочника.

основании ст. 16 ОЗот (ст. 31 КЗот РСФСР), так и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

Законодательство о труде устанавливает общее правило, по которому каждый рабочий или служащий, в том числе инвалид, престарелый или лицо, часто и длительно болеющее, имеет право на увольнение по собственному желанию при условии предупреждения администрации предприятия (учреждения, организации) об уходе с работы за 1 месяц в письменной форме.

Уход с работы после подачи заявления до истечения установленного срока не допускается. Однако при отсутствии возражений со стороны администрации предприятия работник может быть освобожден и ранее этого срока. Нередко при увольнении в связи с переходом на инвалидность или на пенсию по возрасту, а также при оставлении работы по состоянию здоровья по инициативе работников, последние могут освобождаться от работы со дня подачи заявления или ранее истечения месячного срока, если это позволяют интересы производства.

Поскольку при увольнении по собственному желанию работник обязан предупредить об этом администрацию предприятия за 1 мес, он и вправе сделать соответствующее предупреждение в период отпуска и командировки. По этим же соображениям надо признать за работником право сделать аналогичное предупреждение и во время болезни. При согласии администрации работник может в пределах месячного срока взять обратно поданное им заявление об увольнении по собственному желанию.

При подаче заявления об увольнении с работы по своей инициативе работник не обязан указывать причины ухода с работы, так как это право по закону ничем не ограничено. Однако в ряде случаев в заявлении необходимо указывать причины увольнения, так как некоторые из них считаются уважительными и дают работнику право на определенные льготы по сравнению с лицами, увольняемыми по причинам, которые закон не признает уважительными.

К уважительным относятся такие причины, как уход с работы по состоянию здоровья, в связи с установлением инвалидности, переход на пенсию по возрасту. При поступлении на работу после увольнения с работы в связи с инвалидностью непрерывный трудовой стаж сохраняется, если перерыв в работе не превышает 3 мес со дня установления инвалидности (п. 4, 6). Непрерывный трудовой стаж сохраняется независимо от продолжительности перерыва в работе при поступлении на работу после увольнения по собственному желанию в связи с уходом на пенсию по возрасту (п. 6, 6)<sup>1</sup>. При повторном увольнении с работы в течение календарного года по собственному желанию без уважительных причин непрерывный трудовой стаж не сохраняется. Поэтому в целях обеспечения трудовых прав инвалидов, лиц престарелого возраста и работников с нарушенным здоровьем очень важно, чтобы при оформлении увольнения по указанным причинам администрация предприятия делала правильно записи в соответствующих документах (приказах по предприятию, трудовых книжках, справках и т. п.). В этих случаях необходимо уточнить формулировку — увольнение «по собственному желанию» или

<sup>1</sup> Правила исчисления непрерывного трудового стажа рабочих и служащих при назначении пособий по государственному социальному страхованию. Постановление Совета Министров СССР от 13 апреля 1973 г. № 252, СП СССР 1973, № 10, ст. 51 — 52.

ссылкой на ст. 16 ОЗоТ (ст. 31, 32 КЗоТ РСФСР) и дополнить ссылки указанием на ту из уважительных причин, которая является основанием к увольнению работника по его инициативе — «уволен по ст. 32 КЗоТ РСФСР в связи с инвалидностью», «уволен по собственному желанию в связи с переходом на пенсию по возрасту» (ст. 16 ОЗоТ) и т. п.

**Увольнение инвалидов по инициативе администрации.** Администрация предприятия имеет право уволить работников по своей инициативе в строго определенных случаях, предусмотренных законом и только с согласия ФЗМК (ОЗоТ, ст. 18; КЗоТ РСФСР, ст. 35).

Предусмотренные законом основания для увольнения рабочих и служащих по инициативе администрации можно разделить на две группы: а) по вине работников, т. е. по причинам, связанным непосредственно с их поведением и отношением к своим трудовым обязанностям; б) не по вине работников, т. е. по причинам, не связанным непосредственно с их поведением и отношением к своим трудовым обязанностям.

В тех случаях, когда идет речь о вине работников, трудовым законодательством не установлено для инвалидов и лиц с нарушенным здоровьем каких-либо исключений из общих правил. Инвалиды и лица, часто и длительно болеющие, должны наравне с физически здоровыми работниками блюсти социалистическую дисциплину труда, добросовестно и честно выполнять свои обязанности. Однако при решении вопроса об увольнении инвалидов по инициативе администрации за те или иные дисциплинарные проступки последняя совместно с ФЗМК должна особо тщательно разбираться в обстоятельствах дела, выяснять причины, вызвавшие неявку на работу или невыполнение распоряжения администрации и целесообразность применения к инвалидам и лицам, часто и длительно болеющим, того или иного средства воздействия<sup>1</sup>.

При увольнении «не по вине работника» (т. е. по причинам, не связанным непосредственно с их поведением и отношением к своим трудовым обязанностям) общие нормы, регулирующие порядок увольнения работников, дополняются и развиваются рядом специальных норм для инвалидов и лиц, часто и длительно болеющих.

При сокращении численности или штатов работников администрации обязана прежде всего руководствоваться интересами производства, оставляя на работе работников с более высокой квалификацией и производительностью труда и осуществляя (в случае необходимости) их перегруппировку, при которой более квалифицированный работник, занимавший должность, подлежащую сокращению, переводится на место менее квалифицированного работника, а последний увольняется.

При равной квалификации и производительности труда предпочтение в смысле оставления на работе имеют инвалиды Великой Отечественной войны и члены семей военнослужащих и партизан, погибших или пропавших без вести при защите СССР; работники, получившие на данном предприятии (в учреждении, организации) трудовое увечье или профессиональное заболевание; семейные работники — при наличии у них двух или более иждивенцев; лица, в семье которых нет других работников с самостоятельным заработком; работ-

<sup>1</sup> Об усилении контроля ФЗМК за соблюдением трудового законодательства при увольнении рабочих и служащих. Постановление Президиума ВЦСПС от 8 января 1965 г. — В кн.: Сборник законодательных актов о труде. М., 1970.

ники, имеющие длительный стаж непрерывной работы на данном предприятии (в учреждении, организации); работники, повышающие свою квалификацию без отрыва от производства в высших и средних специальных учебных заведениях (ст. 34 КЗоТ РСФСР).

При увольнении рабочих и служащих вследствие обнаружившегося несоответствия выполняемой работе п. 2 ст. 33 КЗоТ РСФСР называет факторы, не зависящие от воли работника, связанные либо с нарушением у него трудоспособности в той или иной форме, либо являющиеся следствием отсутствия у него достаточной квалификации (теоретической или практической подготовки).

Несоответствие работника выполняемой работе вследствие недостатка у него квалификации определяется на основании результатов его работы, а также с учетом условий, в которых она протекает. Судебная практика считает, что отсутствие диплома или свидетельства о специальном образовании само по себе не является доказательством несоответствия работника выполняемой работе.

Потеря трудоспособности и несоответствие работника выполняемой работе по состоянию здоровья также определяются на основании результатов его работы. Но в данном случае несоответствие должно подтверждаться, кроме того, медицинским заключением, причем для лиц, не являющихся инвалидами, — заключением ВКК, а для лиц, имеющих группу инвалидности, — решением ВТЭК.

Основанием для увольнения по несоответствию выполняемой работе лиц, не являющихся инвалидами, может быть ненадлежащее выполнение ими работы вследствие несколько пониженной трудоспособности или частых невыходов на работу из-за хронического заболевания. Однако в этих случаях администрации предоставлено право по своей инициативе перевести работников (с их согласия) на другую постоянную работу, а поэтому их увольнение может иметь место по п. 2 ст. 33 КЗоТ РСФСР только при том условии, что они отказались от этого перевода. Если работнику с пониженной трудоспособностью администрацией предприятия вообще не был предложен перевод на другую постоянную работу, то отсутствуют и юридические основания к его увольнению по несоответствию.

Что же касается лиц, имеющих группу инвалидности, то само по себе признание ВТЭК рабочего или служащего инвалидом не дает еще оснований к его увольнению с работы по п. 2 ст. 33 КЗоТ РСФСР. Работники, получившие инвалидность в период работы на предприятии, с их согласия могут быть переведены на другую работу.

При увольнении инвалидов «по несоответствию» важным обстоятельством является тот факт, как инвалид справляется с работой, в какой мере выполняемая им работа соответствует имеющейся у него трудовой рекомендации ВТЭК и может ли эта работа выполняться им без ущерба для его здоровья<sup>1</sup>.

Следовательно, основанием к увольнению инвалида по несоответствию выполняемой работе по состоянию здоровья может быть: 1) отказ от перевода на другую работу, если выполняемая им в настоящее время работа противопоказана по трудовой рекомендации ВТЭК; 2) отсутствие возможности предоставить инвалиду другую подходящую работу, отвечающую трудовой рекомендации ВТЭК, и 3) признание инвалида ВТЭК полностью нетрудоспособным и не подлежащим направлению на работу.

<sup>1</sup> Постановление № 14/2 Пленума Верховного Суда РСФСР от 29 декабря 1962 г. — Бюлл. Верховного Суда РСФСР, 1963, № 2.

Судебная практика исходит из этих оснований при рассмотрении трудовых споров, связанных с увольнением инвалидов по п. 2 ст. 33 КЗоТ РСФСР. Поскольку основным критерием при решении вопроса об увольнении инвалидов по п. 2 ст. 33 КЗоТ РСФСР является соответствие выполняемой работы требованиям трудовой рекомендации ВТЭК, возможно увольнение инвалида даже в тех случаях, когда он надлежащим образом выполняет свои обязанности, но данная работа по состоянию здоровья ему противопоказана<sup>1</sup>.

В тех случаях, когда при очередном переосвидетельствовании во ВТЭК работающие инвалиды признаются полностью нетрудоспособными и не получают трудовой рекомендации, то они, по существу, утрачивают право на дальнейшее трудовое обеспечение и подлежат немедленному увольнению. Заключение ВТЭК в подобных случаях надо рассматривать как предписание об увольнении работника, исходящее от органа, не являющегося участником трудового договора, но уполномоченного требовать его расторжения.

С увольнением «по несоответствию» тесно связан другой вид увольнения по инициативе администрации «ввиду длительной болезни работника». При увольнении рабочих и служащих в случае непосещения работы вследствие временной утраты трудоспособности по истечении более 4 мес со дня ее утраты (п. 5 ст. 33 КЗоТ РСФСР) администрация предприятия получает возможность принять на работу взамен их других работников. Такое же право предоставлено администрации в случае увольнения работника, заболевшего туберкулезом легких, по истечении 12 мес со дня заболевания.

Увольнение работников по данному основанию должно производиться только в тех случаях, когда оно вызывается производственной необходимостью и когда не представляется возможным временно принять на работу другого работника или распределить обязанности заболевшего между остальными работниками. Если длительное отсутствие заболевшего работника не нарушает нормального хода производственной деятельности предприятия (учреждения), то нет оснований ставить вопрос об увольнении его по этой причине.

Увольнение по п. 5 ст. 33 КЗоТ допускается лишь при том условии, что работник непрерывно не посещал работы в связи с болезнью, продолжавшейся свыше 4 мес. Периодический, даже частый, невыход на работу по болезни, если длительность каждого перерыва в работе не превышала 4-месячного срока, не дает оснований к увольнению работника по этой причине. Однако хроническое заболевание работника и, как следствие этого, систематический невыход на работу, нарушающий интересы производства, дают основание к увольнению работника по п. 2 ст. 33 КЗоТ РСФСР. Таким образом, увольнение по п. 5 ст. 33 КЗоТ РСФСР надо отличать от увольнения по п. 2 той же статьи: основанием для первого является продолжительная болезнь — свыше 4 мес без перерывов, а для второго — часто повторяющееся длительное заболевание.

Издание приказа об увольнении по п. 5 ст. 33 КЗоТ РСФСР не допускается после закрытия больничного листка и выхода работника на работу. Если работник был уволен ввиду длительной болезни, а на его должность не был принят другой работник, то следует считать увольнение работника по этому основанию неправильным.

<sup>1</sup> Постановление № 14/2 Пленума Верховного Суда РСФСР от 29 декабря 1962 г. — Бюлл. Верховного Суда РСФСР, 1963, № 2.

Особые условия увольнения по п. 5 ст. 33 КЗоТ РСФСР установлены для рабочих и служащих, заболевших туберкулезом легких. В соответствии с задачами, поставленными партией и правительством по борьбе с этой болезнью, работникам, заболевшим туберкулезом, предоставляются дополнительные гарантии. За рабочими и служащими, временно утратившими трудоспособность вследствие заболевания туберкулезом легких, сохраняются место работы и занимаемая должность сроком до 12 мес. Для обеспечения интересов производства руководителям предприятий и учреждений разрешено замещать рабочих и служащих, временно утративших трудоспособность вследствие заболевания туберкулезом, работниками, принимаемыми на работу на срок до 12 мес<sup>1</sup>.

В специализированных предприятиях, созданных для преимущественного трудоустройства инвалидов, как правило, увольнение инвалидов и лиц престарелого возраста как несоответствующих выполняемой работе по состоянию здоровья или в связи с длительной болезнью не производится, так как это противоречило бы целевому назначению этих предприятий. Предприятия такого рода принимают на работу преимущественно лиц с нарушенной трудоспособностью, подбирают для них соответствующий вид трудовой деятельности и всемерно способствуют закреплению этих лиц на работе. Только в случаях признания инвалидов полностью нетрудоспособными и отказа ВТЭК в выдаче им трудовой рекомендации указанные предприятия не могут предоставить им трудового обеспечения.

Наконец, рабочие и служащие могут быть уволены администрацией в тех случаях, когда на должности, ими занятые, восстановлены в законном порядке лица, ранее занимавшие эти должности (п. 6 ст. 33 КЗоТ РСФСР).

Основанием для увольнения по п. 6 ст. 33 КЗоТ РСФСР является решение комиссии по трудовым спорам, ФЗМК или суда, а также вышестоящей организации (в отношении лиц, дела об увольнении которых рассматриваются в порядке подчиненности), обязывающее администрацию восстановить на прежней работе неправильно уволенного работника. Администрация предприятия обязана предоставить уволенному работнику прежнее место работы и в некоторых других случаях, например при восстановлении работника, уволенного вследствие призыва в Вооруженные Силы СССР и возвратившегося к месту работы как освобожденного по каким-либо причинам от военной службы в течение первых 3 мес, не считая времени переезда к месту постоянного жительства<sup>2</sup>.

В тех случаях, когда за уволенным работником по закону не предусмотрено сохранение должности или места работы, его возвращение к прежнему месту работы, независимо от причины и продолжительности перерыва в работе, рассматривается как новое поступление на работу и не может служить основанием к увольнению работника, принятого на работу вместо уволенного. Это правило распространяется и на лиц, возвращающихся на работу после ухода с нее в связи с инвалидностью или по состоянию здоровья, а также ушедших с работы в связи с переходом на пенсию по воз-

<sup>1</sup> Постановление Совета Министров СССР от 1 сентября 1960 г. № 972 — Бюллетень текущего законодательства, сентябрь 1960 г.

<sup>2</sup> Положение о льготах для военнослужащих, военнообязанных лиц, уволенных с военной службы в отставку, и их семей. Утверждено постановлением СМ СССР от 17 февраля 1981 г. № 193, п. 74 (СП СССР, 1981, № 11, ст. 64).



расту. При наличии вакантных должностей им, разумеется, может быть предоставлена и прежняя работа.

Порядок увольнения работника по инициативе администрации. ОЗоТ, ст. 18 (ст. 35 КЗоТ РСФСР), не допускают расторжения трудового договора по инициативе администрации без предварительного согласия ФЗМК профсоюза, за исключением случаев, предусмотренных законодательством СССР.

Администрация, получив согласие профсоюзного комитета на увольнение работника, вправе расторгнуть трудовой договор не позднее 1 мес со дня получения согласия ФЗМК, а при увольнении за систематическое неисполнение рабочим или служащим без уважительных причин своих обязанностей или за прогул — в пределах 1 мес со дня обнаружения проступка. Расторжение трудового договора без согласия профсоюзного комитета является незаконным, а уволенный работник подлежит восстановлению на прежней работе.

Не допускается увольнение по инициативе администрации рабочих и служащих в период временной нетрудоспособности, кроме случаев увольнения болеющих свыше 4 мес (п. 5 ст. 33); в период пребывания работника в ежегодном отпуске, а также призванных на военные сборы. Исключением из указанных правил являются случаи полной ликвидации учреждения (предприятия, организации).

Увольнение по требованию профсоюзного органа. По требованию профсоюзного органа администрация обязана расторгнуть трудовой договор с руководящим работником или сместить его с занимаемой должности, если он нарушает законодательство о труде, не выполняет обязательств по коллективному договору, проявляет бюрократизм, допускает волокиту (ОЗоТ, ст. 20; КЗоТ РСФСР, ст. 37). Требование в указанных случаях может исходить лишь от профсоюзных органов не ниже районных.

## РАБОЧЕЕ ВРЕМЯ

Нормы продолжительности рабочего времени для всех рабочих и служащих устанавливаются государством с участием профессиональных союзов. Эти нормы не могут быть изменены по соглашению между администрацией и профсоюзным комитетом или с рабочими и служащими, кроме случаев, предусмотренных законодательством (ОЗоТ, ст. 21; КЗоТ РСФСР, ст. 41).

Нормальная продолжительность рабочего времени рабочих и служащих, в том числе и для инвалидов на предприятиях общего типа (в учреждениях, организациях) не может превышать 41 ч в неделю.

Для отдельных категорий трудящихся установлена сокращенная продолжительность рабочего времени. Так, для рабочих и служащих в возрасте от 16 до 18 лет установлена продолжительность рабочей недели 36 ч, а в возрасте от 15 до 16 лет — 24 ч в неделю<sup>1</sup>. Для рабочих и служащих, занятых на работах с вредными условиями труда, продолжительность рабочего времени не может превышать 36 ч в неделю<sup>2</sup>. Список производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, утвержден постановлением Госкомтруда и Президиума ВЦСПС от 25 октября 1974 г. № 298/П-22. Инструкция о порядке применения

<sup>1</sup> КЗоТ РСФСР, ст. 43.

<sup>2</sup> КЗоТ РСФСР, ст. 44.

этого списка утверждена постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 21 ноября 1975 г. № 273/П-20<sup>1</sup>. Сокращенная продолжительность рабочего времени установлена для учителей, врачей, профессорско-преподавательского состава вузов (КЗоТ РСФСР, ст. 45).

Для инвалидов, работающих на предприятиях (в производственных объединениях), в цехах и на участках, предназначенных для использования труда этих лиц, устанавливается — инвалидам I и II группы — 6-часовой рабочий день (36 ч в неделю)<sup>2</sup>. Рабочее время такой же продолжительности установлено инвалидам I и II групп по зрению, работающим на государственных предприятиях общего типа и в учебно-производственных предприятиях Всероссийского общества слепых<sup>3</sup>. Это право предоставляется не только слепым рабочим, но и слепым служащим, в том числе и лицам, занимающим должности с ненормированным рабочим днем.

Сокращенная продолжительность рабочего времени предоставляется инвалидам, работающим в специальных цехах с особым режимом труда.

Продолжительность ежедневной работы определяется типом рабочей недели. При 5-дневной рабочей неделе с 2 выходными днями продолжительность рабочего дня (смена) устанавливается правилами внутреннего распорядка или графиками сменности, утверждаемыми администрацией по согласованию с профсоюзным комитетом. При этом должна соблюдаться недельная норма рабочего времени — соответственно 41 ч, 36 ч, 24 ч.

При 6-дневной рабочей неделе с 1 выходным днем продолжительность ежедневной работы не может превышать 7 ч при недельной норме 41 ч, 6 ч — при недельной норме 36 ч и 4 ч — при недельной норме 24 ч. 6-дневная рабочая неделя вводится на тех предприятиях (в учреждениях, организациях), где по характеру и условиям производства введение 5-дневной рабочей недели нецелесообразно (ОЗоТ, ст. 23; КЗоТ РСФСР, ст. 46).

Продолжительность рабочего времени накануне праздничных дней (1 января, 8 марта, 1 и 2 мая, 9 мая, 7 октября, 7, 8 ноября) сокращается на 1 ч как при 5-дневной, так и при 6-дневной рабочей неделе для всех рабочих и служащих, кроме тех лиц, которые пользуются по закону сокращенной продолжительностью рабочего времени.

Накануне выходных дней при 6-дневной рабочей неделе продолжительность работы не может превышать 6 ч (ОЗоТ, ст. 24; КЗоТ РСФСР, ст. 47).

Продолжительность работы в ночное время сокращается на 1 ч для всех рабочих и служащих, кроме тех, для которых уже предусмотрено сокращение рабочего времени.

Инвалиды могут привлекаться к работе в ночное время только с их согласия и при условии, если такая работа не запрещена им трудовыми рекомендациями ВТЭК (КЗоТ РСФСР, ст. 48).

<sup>1</sup> Список производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день. М., 1976.

<sup>2</sup> Постановление Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674. (СП СССР, 1973, № 21, ст. 116).

<sup>3</sup> Разъяснение Госкомтруда от 15 апреля 1957 г. № 16. Трудоустройство инвалидов в СССР. М., 1963, с. 195.

Рабочие и служащие, заболевшие туберкулезом, по заключению ВКК туберкулезного диспансера должны освобождаться администрацией от работы в ночных сменах и переводиться на работу в дневную смену, а где это возможно,— в утреннюю смену. Лица с активной формой туберкулеза не допускаются к сверхурочным работам<sup>1</sup>. Ночным считается время с 10 ч вечера до 6 ч утра.

Большое значение для привлечения к труду инвалидов и пенсионеров по возрасту имеет закрепленное ст. 26 ОЗот (ст. 49 КЗоТ РСФСР) право рабочих и служащих на неполный рабочий день или неполную рабочую неделю. Это право может устанавливаться соглашением работника с администрацией как при приеме на работу, так и впоследствии. Работа на условиях неполного рабочего дня или неполной рабочей недели не влечет за собой для рабочих и служащих каких-либо ограничений продолжительности ежегодного отпуска, исчисления трудового стажа и других трудовых прав. Оплата труда производится соразмерно количеству и качеству труда, вложенного работником в общественное производство,— пропорционально отработанному времени или в зависимости от выработки.

Для некоторых работников административно-технического и хозяйственного персонала, для тех лиц, труд которых не поддается учету, и тех, кто распределяет время работы по своему усмотрению, может устанавливаться ненормированный рабочий день. Это значит, что работник обязан являться на работу и прекращать работу, подчиняясь правилам внутреннего трудового распорядка, но в отдельных случаях, когда это вызывается производственной необходимостью, он обязан работать сверх нормального рабочего времени без дополнительной оплаты.

По общему правилу сверхурочные работы не допускаются. Сверхурочными считаются работы сверх установленной продолжительности рабочего времени. Эти работы могут производиться только с разрешения профсоюзного комитета и только в случаях, прямо предусмотренных законом (ОЗот, ст. 27; КЗоТ РСФСР, ст. 54, 55). Сверхурочные работы не должны превышать для каждого рабочего или служащего 4 ч в течение 2 дней подряд и 120 ч в год.

К сверхурочным работам не допускаются беременные женщины и матери, кормящие грудью, а также женщины, имеющие детей в возрасте до 1 года, рабочие и служащие моложе 18 лет, другие категории работников в соответствии с законодательством. Женщины, имеющие детей в возрасте от 1 года до 8 лет, и инвалиды могут привлекаться к сверхурочным работам только с их согласия. При этом инвалиды могут быть допущены к сверхурочным работам только при условии, если такие работы не запрещены им медицинскими рекомендациями (КЗоТ РСФСР, ст. 157).

## ВРЕМЯ ОТДЫХА

Под временем отдыха понимаются установленные законом перемены в трудовой деятельности работников, в течение которых они свободны от обязанности работать и которые они могут использовать по своему усмотрению, а администрация предприятия (учреждения, организации) не может требовать выполнения трудовых обязанностей.

<sup>1</sup> Инструкция ВЦСПС и Наркомздрава СССР, утвержденная Советом Народных Комиссаров СССР 5 января 1943 г.— В кн.: Комментарий к законодательству о труде. М., 1975, с. 531.

К числу указанных перерывов относятся перерывы в течение рабочего дня, междудневные (междусменные) перерывы, еженедельный непрерывный отдых (выходные дни), дни революционных праздников и очередные (ежегодные) отпуска. В течение рабочего дня рабочим и служащим предоставляется перерыв для отдыха и питания продолжительностью не более 2 ч. Дополнительные перерывы в течение рабочего дня (микropaузы) предоставляются инвалидам, работающим в спеццехах. При 5-дневной рабочей неделе рабочим и служащим предоставляются 2 выходных дня в неделю, а при 6-дневной рабочей неделе — 1 выходной день.

Привлечение инвалидов к работе в выходные дни допускается только с их согласия и при условии, если такая работа не запрещена им медицинскими рекомендациями (КЗоТ РСФСР, ст. 157). В праздничные дни работа не производится.

Ежегодные отпуска предоставляются всем рабочим и служащим с сохранением места работы (должности) и среднего заработка (ОЗОТ, ст. 32—35; КЗоТ РСФСР, ст. 66—76). Ежегодный отпуск предоставляется рабочим и служащим продолжительностью не менее 15 рабочих дней; рабочим и служащим моложе 18 лет — продолжительностью 1 календарный месяц. Отпусками большей продолжительности (от 24 до 48 рабочих дней) пользуются научные работники, педагоги, работники культурно-просветительных учреждений, некоторые категории постоянных рабочих и служащих лесной промышленности и лесного хозяйства и др.

Удлиненными отпусками продолжительностью в 24 рабочих дня пользуются инвалиды I и II групп по зрению, работающие на государственных предприятиях и учебно-производственных предприятиях общества слепых.

По семейным обстоятельствам и другим уважительным причинам рабочим и служащим, по их заявлению, может быть предоставлен только с разрешения руководителя предприятия (организации, учреждения) либо руководителя производственной администрации кратковременный отпуск без сохранения заработной платы, оформляемый соответствующим приказом (распоряжением).

Руководителям предприятий и организаций сферы материального производства и по обслуживанию населения разрешено по согласованию с комитетами профсоюзов предоставлять пенсионерам по возрасту и инвалидам I и II групп по их желанию отпуск без сохранения заработной платы продолжительностью до 2 мес<sup>1</sup>. В случаях, предусмотренных законодательством, рабочим и служащим предоставляются дополнительные отпуска. Например, работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, дополнительный отпуск предоставляется в соответствии со Списком производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день и инструкцией о порядке применения указанного списка администрацией.

При исчислении общей продолжительности отпуска рабочим и служащим — инвалидам I и II групп по зрению — дополнительный

---

<sup>1</sup> Постановление Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674, п. 6 и «О мероприятиях по материальному стимулированию работы пенсионеров в народном хозяйстве». Постановление ЦК КПСС, Президиума Верховного Совета СССР и Совета Министров СССР. — «Правда», 1979, 2 октября.

отпуск установленной продолжительности полностью присоединяется к их удлиненному отпуску (разъяснение Госкомтруда от 15 апреля 1957 г.).

Дополнительные отпуска предоставляются работникам с ненормированным рабочим днем. Продолжительность этого отпуска для каждого работника с ненормированным рабочим днем в пределах до 12 рабочих дней устанавливается руководителем предприятия (учреждения, организации) по согласованию с профсоюзным комитетом<sup>1</sup>.

Дополнительные отпуска предоставляются одновременно с очередным отпуском.

**Порядок предоставления отпусков.** В соответствии с установленным законодательством порядком предоставления отпусков отпуск за первый год работы предоставляется рабочим и служащим по истечении 11 мес непрерывной работы на данном предприятии (в учреждении, организации).

Отпуск за второй и последующий год работы может предоставляться в любое время рабочего года, по графику отпусков, установленных администрацией по согласованию с ФЗМК.

В стаж работы, дающий право на отпуск, включается прежде всего фактически проработанное время; время, когда рабочий или служащий фактически не работал, но за ним сохранялись место работы и заработная плата полностью или частично, либо он получал пособие по государственному социальному страхованию, а также в других случаях, предусмотренных законодательством.

Замена отпуска денежной компенсацией не допускается, кроме случаев увольнения рабочего или служащего, не использовавшего отпуск.

## ОХРАНА ТРУДА

Обеспечение здоровых и безопасных условий труда является обязанностью администрации предприятий (учреждений, организаций)<sup>2</sup>. Администрация обязана внедрять современные средства техники безопасности, предупреждающие производственный травматизм, и обеспечивать санитарно-гигиенические условия, предотвращающие возникновение профессиональных заболеваний рабочих и служащих, соблюдать правила по охране труда (единые для всех отраслей народного хозяйства, межотраслевые, отраслевые, локальные — местные).

К обязанностям администрации относятся обучение рабочих и служащих безопасным методам труда, инструктаж по технике безопасности, производственной санитарии, противопожарной охране и другим правилам охраны труда. Особое внимание уделяется инструктажу рабочих-инвалидов, проверке правильности усвоения ими правил и инструкций по охране труда. Рабочие, служащие и особенно инвалиды обязаны соблюдать инструкции по охране труда. Такие инструкции разрабатываются администрацией совместно с ФЗМК. Постоянный контроль за соблюдением работниками правил и инструкций по охране труда возлагается на администрацию предприятия (учреждения, организации).

На работах с вредными условиями труда, а также на работах, производимых в особых температурных условиях или связанных с за-

<sup>1</sup> Положение о правах ФЗМК, ст. 14, п. «ж», ст. 68 КЗоТ РСФСР.

<sup>2</sup> Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении, ст. 1; КЗоТ РСФСР, ст. 139.

грязнением, рабочим и служащим выдаются по установленным нормам специальная одежда и обувь, а также средства индивидуальной защиты (очки, респираторы, рукавицы и пр.). На работах, связанных с загрязнением, а также на работах, где возможно воздействие на кожу вредных веществ, выдаются бесплатно по установленным нормам мыло, смывающие и обезвреживающие средства.

На работах с вредными условиями труда рабочим и служащим выдаются бесплатно по установленным нормам молоко или другие равноценные пищевые продукты, а на работах с особо вредными условиями труда — лечебно-профилактическое питание.

Как единые, так и межотраслевые, отраслевые, локальные (местные) правила и инструкции по технике безопасности и производственной санитарии распространяются на всех рабочих и служащих, независимо от пола, возраста, состояния трудоспособности.

На всех работающих инвалидов распространяются общие и специальные правила и нормы по технике безопасности и производственной санитарии, установленные для рабочих и служащих, работающих в данных условиях. Кроме того, для инвалидов установлены и некоторые особые нормы, например предусматривающие обязанность администрации внедрять приспособления, облегчающие труд инвалидов. Особые правила техники безопасности и производственной санитарии разработаны для инвалидов, работающих на специализированных предприятиях для применения труда пенсионеров по возрасту и инвалидов, для инвалидов по зрению, работающих в учебно-производственных предприятиях общества слепых, а также для рабочих-глухих, работающих на предприятиях государственной промышленности и учебно-производственных предприятиях общества глухих.

Охрана здоровья и сохранившейся трудоспособности работающих инвалидов осуществляется действующей в СССР системой законодательных, социально-экономических, технических, санитарно-гигиенических и организационных мероприятий. Основными законами и нормативными актами, регулиющими охрану труда рабочих и служащих, являются: Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении (ОЗоЗ), Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о труде (ОЗоТ), кодексы законов о труде (КЗоТ) союзных республик; Правила и нормы по технике безопасности и производственной санитарии; Строительные нормы и правила (СНиП); Положение о социалистическом государственном производственном предприятии; Типовые правила внутреннего трудового распорядка; Положение о правах фабричного, заводского, местного комитета профсоюза (ФЗМК) и некоторые другие нормативные акты.

Особое значение имеет Система стандартов безопасности труда (ССБТ). Этот нормативный акт представляет собой систему основополагающих государственных требований и норм (стандартов) по видам опасных и вредных производственных факторов, требование безопасности к производственным процессам, оборудованию, средствам защиты работающих и пр. Стандарты носят общегосударственный отраслевой, республиканский характер<sup>1</sup>.

В целях обеспечения наиболее полной конкретизации требований, предусмотренных стандартами, государство управомочивает и обязывает соответствующие министерства и ведомства по согласованию

<sup>1</sup> Государственные стандарты Союза ССР. Система стандартов безопасности труда. Издание официальное. М., 1970.

с профсоюзами или совместно с ними разрабатывать и утверждать правила и нормы по проектированию, строительству и эксплуатации промышленных предприятий; обеспечению оптимального микроклимата на рабочих местах; рациональному освещению рабочих мест; борьбе с вредным воздействием на организм работающих шума, ультразвука и вибраций, ионизирующего излучения, электромагнитных полей высокой, ультравысокой и сверхвысокой частоты и др.<sup>1</sup>

При составлении и издании указанных актов министерства, ведомства и другие организации обязаны строго придерживаться установленных стандартом терминов и определений основных понятий в области безопасности труда. Для каждого понятия установлен один стандартизованный термин, применение которого в документации всех видов является обязательным.

*Безопасность труда* — состояние условий труда, при котором исключено воздействие на работающих опасных и вредных производственных факторов; *условия труда* — это совокупность факторов производственной среды, оказывающих влияние на здоровье и работоспособность человека в процессе труда.

*Требования безопасности труда* — требования, установленные законодательными актами, нормативно-технической документацией, правилами и инструкциями, выполнение которых обеспечивает безопасность труда.

*Опасным производственным фактором* считается фактор, воздействие которого на работающего в определенных условиях может привести к травме или другому внезапному резкому ухудшению здоровья. Вредным производственным фактором считается фактор, воздействие которого на работающего в определенных условиях приводит к заболеванию или снижению работоспособности. В зависимости от уровня и продолжительности воздействия вредный производственный фактор может стать опасным.

*Безопасность производственного оборудования* — это свойство оборудования сохранять безопасное состояние при выполнении заданных функций в условиях, установленных нормативно-технической документацией.

*Безопасность производственного процесса* — это свойство производственного процесса сохранять безопасное состояние при протекании в условиях, установленных нормативно-технической документацией.

*Средства защиты работающих* — это средства, применение которых предотвращает или уменьшает воздействие на работающих опасных и вредных производственных факторов.

*Техника безопасности* — система организационных и технических мероприятий и средств, предотвращающих воздействие на работающих опасных производственных факторов.

*Производственная санитария* — система организационных, гигиенических и санитарно-технических мероприятий и средств, предотвращающих воздействие на работающих вредных производственных факторов.

*Охрана труда* — система законодательных, социально-экономических, технических, санитарно-гигиенических и организационных меро-

<sup>1</sup> Методические указания о порядке разработки и согласования требований безопасности в стандартах и технических условиях МУ-73. Утверждены Госстандартом СССР и ВЦСПС 15 марта 1973 г. — В кн.: Охрана труда. Сборник официальных материалов. М., 1977, с. 319.

приятий, обеспечивающих безопасность, сохранение здоровья и работоспособности человека в процессе труда.

Стандартизированными терминами и понятиями являются: *несчастный случай на производстве* — случай с работающим, связанный с воздействием на него опасного производственного фактора; *производственная травма* — травма, полученная работающим на производстве и вызванная несоблюдением требований безопасности труда; *профессиональное заболевание* — заболевание, вызванное воздействием на работающего вредных условий труда (профессиональное отравление является частным случаем профессионального заболевания); *производственный травматизм* — явление, характеризующееся совокупностью производственных травм; *профессиональная заболеваемость* — явление, характеризующееся совокупностью профессиональных заболеваний.

Для изучения и понимания сущности мероприятий по охране труда и методов контроля за их выполнением администрацией врачу-эксперту необходимо знание системы стандартов безопасности труда в части, касающейся классификации опасных и вредных производственных факторов.

По природе действия указанные факторы подразделяются на следующие группы: физические, химические, биологические, психофизиологические<sup>1</sup>.

1.1.1. *Физические опасные и вредные производственные факторы*, в свою очередь, подразделяются на следующие (здесь приводятся лишь некоторые из них): движущиеся машины и механизмы; подвижные части производственного оборудования и др.; повышенная запыленность и загазованность воздуха рабочей зоны; повышенная или пониженная температура поверхностей оборудования или воздуха рабочей зоны; повышенный уровень шума на рабочем месте, повышенный уровень вибрации, инфразвуковых колебаний, ультразвука; повышенное или пониженное барометрическое давление в рабочей зоне и его резкое изменение; повышенная или пониженная влажность воздуха или его подвижность, или ионизация; повышенная напряженность электрического или магнитного поля; недостаточная освещенность рабочей зоны; повышенная яркость света; расположение рабочего места на значительной высоте относительно поверхности земли (пола); невесомость и др.

Примером ГОСТа опасных и вредных производственных факторов, относящихся к физической группе, может служить ГОСТ 12.2.003-74 (СТ-СЭВ 1085-78) «Оборудование производственное». Настоящий стандарт устанавливает общие требования безопасности к конструкции производственного оборудования всех отраслей народного хозяйства, а также требования к построению и содержанию системы стандартов безопасности труда (ССБТ) на группы производственного оборудования<sup>2</sup>.

Другим примером может служить ГОСТ 12.1.005-76 «Воздух рабочей зоны». Этот стандарт распространяется на воздух рабочей зоны производственных помещений предприятий народного хозяйства, а также опытно-экспериментальных производств и устанавливает общие санитарно-гигиенические требования к температуре, влажности, ско-

<sup>1</sup> См. ГОСТ 12.0.003-74. 1979, с. 5.

<sup>2</sup> Государственные стандарты Союза ССР. Система стандартов безопасности труда. Издание официальное. Государственный комитет СССР по стандартам. М., 1979, с. 149—157.



рости движения воздуха и содержанию вредных веществ в воздухе рабочей зоны. Стандарт не распространяется на подземные и горные выработки в части требований к микроклимату и не содержит требований к радиоактивному и бактериальному загрязнению воздуха рабочей зоны<sup>1</sup>. В этом стандарте даются оптимальные и допустимые величины температуры, относительной влажности и скорости движения воздуха; предельно допустимое содержание вредных веществ в воздухе рабочей зоны; средства нормализации воздуха рабочей зоны.

1.1.2. *Химические опасные и вредные производственные факторы* подразделяются по характеру воздействия на организм человека на: токсические; раздражающие; сенсibiliзирующие; канцерогенные; мутагенные; влияющие на репродуктивную функцию; по пути проникания в организм человека: через органы дыхания; желудочно-кишечный тракт; кожные покровы и слизистые оболочки.

1.1.3. *Биологические опасные и вредные производственные факторы* включают следующие биологические объекты: патогенные микроорганизмы (бактерии, вирусы, риккетсии, спирохеты, грибы, простейшие), и продукты их жизнедеятельности; микроорганизмы (растения и животные).

1.1.4. *Психофизиологические опасные и вредные производственные факторы* по характеру действия подразделяются на следующие: а) физические перегрузки; б) нервно-психические перегрузки.

1.1.4.1. *Физические перегрузки* подразделяются на: статические; динамические.

1.1.4.2. *Нервно-психические перегрузки* подразделяются на: умственное перенапряжение; перенапряжение анализаторов; монотонность труда; эмоциональные перегрузки.

При неблагоприятных условиях возможно комплексное воздействие перечисленных факторов на организм работающего. Один и тот же опасный или вредный производственный фактор по природе своего действия может относиться одновременно к различным группам, т.е. к физическим, химическим, биологическим или психофизиологическим.

Стандарты по видам опасных и вредных производственных факторов дают краткую характеристику опасного и вредного производственного фактора (вид, характер действия, возможные последствия), а также методов и средств защиты работающих от действия этих факторов. Стандарты необходимо учитывать при составлении трудовой рекомендации ВТЭК и при осуществлении контроля за трудоустройством инвалидов на производстве.

## НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА И ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА

**Тарифная система.** Действующий в СССР закон распределения по труду обеспечивает материальную заинтересованность людей в результатах производства, в росте производительности своего труда и повышении квалификации, в совершенствовании эффективности производства. Применение указанного закона на практике осуществляется путем установления определенной меры труда в форме норм выработки, норм времени и норм обслуживания в единицу времени. Это количественное выражение труда дополняется его качественной оценкой с помощью тарифной системы.

<sup>1</sup> Государственные стандарты Союза ССР. Система стандартов безопасности труда. Издание официальное. Государственный комитет СССР по стандартам. М., 1979, с. 38—69.

Тарифная система складывается из трех основных элементов: тарифной сетки, тарифной ставки и тарифно-квалификационного справочника. *Тарифная сетка* представляет собой шкалу, показывающую соотношение в оплате труда рабочих в зависимости от квалификации. При этом за единицу принимается первый разряд, которым характеризуется работа самой низкой квалификации в данной профессии и специальности. Все последующие разряды имеют свой тарифный коэффициент, показывающий, во сколько раз тарифная ставка данного разряда выше тарифной ставки 1-го разряда.

*Тарифная ставка* — это размер оплаты труда за единицу времени — час, день, месяц. С помощью тарифных ставок, установление которых является компетенцией Совета Министров СССР, производится оценка качества труда. Более высокие тарифные ставки устанавливаются для рабочих, занятых на горячих, тяжелых работах, на работах с вредными условиями труда.

Третий элемент тарифной системы — *тарифно-квалификационный справочник*, который представляет собой сборник, содержащий характеристику работ по степени их сложности, точности и ответственности в данной отрасли производства, а также требования к знаниям, умению и навыкам рабочего, выполняющего работу определенного разряда в данной профессии, специальности и квалификации.

Тарифно-квалификационный справочник имеет большое значение при определении врачебно-трудовой экспертной комиссией трудовой рекомендации инвалиду. Названный справочник содержит сумму профессиональных и квалификационных требований, предъявляемых к исполнителю данной работы, учет которых позволяет ВТЭК оценить степень соответствия инвалида рекомендованной работе и необходимость создания ему определенных технических и санитарно-гигиенических условий на производстве.

Признание инвалида врачебно-трудовой экспертной комиссией способным выполнять определенные трудовые функции при создании ему на производстве условий, соответствующих состоянию его здоровья и степени сохранившейся трудоспособности, дает право администрации требовать от инвалидов выполнения определенной меры труда и обязывает администрацию выплачивать ему заработную плату соразмерно количеству и качеству труда.

Оплата труда инвалидов, как и всех рабочих и служащих, возможна в двух основных системах — сдельной и повременной. Выбор системы оплаты труда инвалида зависит от вида работы или деятельности, которая может быть ему поручена по трудовой рекомендации ВТЭК.

На промышленных предприятиях и предприятиях бытового обслуживания населения инвалиды (по общему правилу) работают на условиях сдельной оплаты труда, однако порядок ее применения к инвалидам не одинаков на всех предприятиях. На тех предприятиях, где для инвалидов установлены особые льготы и преимущества, при нормировании их труда учитывается факт пониженной трудоспособности. Поэтому нормы выработки и расценки дифференцируются отдельно для инвалидов и отдельно для физически здоровых рабочих. Эта льгота дает возможность инвалидам при выполнении несколько меньшего объема работы по сравнению с остальными рабочими сохранить свой заработок на определенном уровне.

Для нормальной высокопроизводительной работы, выполнения рабочими и служащими норм выработки администрация предприятия (учреждения, организации) обязана создать необходимые условия.

Это прежде всего исправное состояние машин, станков и приспособлений; своевременное обеспечение технической документацией, надлежащего качества материалами и инструментами, электроэнергией, газом и иными техническими источниками энергоснабжения.

Работнику, кроме того, должны быть обеспечены здоровые и безопасные условия труда: соблюдение правил и норм по технике безопасности, необходимое освещение, отопление, вентиляция, устранение вредных воздействий — шума, вибрации, излучений и других факторов.

Если указанные обязанности администрации важны для всех работников, то их выполнение является тем более необходимым для нормальной работы инвалидов, для обеспечения им возможности длительной работы, не ухудшая состояния здоровья (КЗоТ РСФСР, ст. 108, 157).

## ТРУДОВАЯ ДИСЦИПЛИНА

Соблюдение трудовой дисциплины состоит в честном и добросовестном выполнении рабочими и служащими своих обязанностей, в своевременном и точном исполнении распоряжений администрации, в повышении производительности труда, улучшении качества продукции, соблюдении технологической дисциплины, требований по охране труда, технике безопасности и производственной санитарии, бережном отношении к социалистической собственности (ОЗоТ, ст. 51; КЗоТ РСФСР, ст. 127). Указанные требования в равной мере относятся и к инвалидам, и к лицам престарелого возраста, которые, включаясь в трудовой процесс на социалистических предприятиях (в учреждениях, организациях), принимают на себя обязательства подчиняться установленным на них правилам внутреннего распорядка.

Сложность и серьезность требований к работнику, а значит и к инвалиду, должны быть учтены ВТЭК при определении и формулировке рекомендаций к продолжению трудовой деятельности.

Изданные на основании типовых правил отраслевые и местные правила внутреннего трудового распорядка должны отразить специфические особенности труда в данной отрасли народного хозяйства, на данном предприятии и не могут противоречить Типовым правилам.

Трудовое законодательство возлагает на администрацию обязанность правильно организовать труд рабочих и служащих, создавать условия для роста производительности труда, обеспечивать трудовую и производственную дисциплину, неуклонно соблюдать законодательство о труде и правила по охране труда, внимательно относиться к нуждам и запросам работников, улучшать условия их труда и быта (ОЗоТ, ст. 53; КЗоТ РСФСР, ст. 129). Администрация должна особое внимание уделить инвалидам, выполнять все требования трудовой рекомендации ВТЭК, принимать дополнительные меры к охране труда, учитывая характер их заболеваний и физических недостатков<sup>1</sup>.

Как и всякий рабочий, инвалид должен добиваться выполнения норм выработки, не допускать брака, бережно относиться к станкам, материалам, инструментам, спецодежде, электроэнергии.

Трудовое законодательство предусматривает различные меры поощрения работников, добивающихся высоких показателей при выпол-

<sup>1</sup> Постановление ЦК КПСС, Совета Министров СССР и ВЦСПС «О дальнейшем укреплении трудовой дисциплины и сокращении текучести кадров в народном хозяйстве». — «Правда», 1980, 12 января.

нении трудовых обязанностей, повышения производительности труда, улучшения качества продукции, проявляющих новаторство в труде.

За нарушение трудовой дисциплины администрации предприятия (учреждения, организации) предоставлено право налагать дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, строгий выговор, перевод на нижеоплачиваемую работу на срок до 3 мес или смещение на низшую должность на тот же срок (КЗоТ РСФСР, ст. 135), увольнение с работы за систематическое нарушение трудовой дисциплины и появление на работе в нетрезвом виде, если к рабочему и служащему ранее применялись меры дисциплинарного или общественного воздействия (КЗоТ РСФСР, ст. 33, п. 3, 4).

## Глава 12

# ТРУДОВОЕ УСТРОЙСТВО (ОБЕСПЕЧЕНИЕ) ИНВАЛИДОВ, РАБОТАЮЩИХ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Для большинства инвалидов III группы доступной является работа на любом предприятии (организации), на котором могут быть реализованы трудовые рекомендации ВТЭК. На предприятиях общего типа инвалиды, как правило, работают в обычных условиях и подчиняются режиму труда и правилам внутреннего трудового распорядка, установленным для всех работающих на данном предприятии.

В целях привлечения к труду инвалидов с тяжелыми формами заболеваний в СССР созданы специализированные предприятия, которые находятся в системе министерств, ведомств, местных Советов народных депутатов, в системе общественных организаций — ВОС и ВОГ, а также органов социального обеспечения и здравоохранения (лечебно-производственные мастерские).

Производственный профиль специализированных предприятий определяется целями и задачами трудового обеспечения инвалидов. На этих предприятиях выполняют такие работы, которые обеспечивают возможность наибольшего привлечения к труду инвалидов.

Специальные цели, которые ставятся перед указанными предприятиями, дают возможность осуществлять трудовое устройство инвалидов в самых разнообразных формах и обеспечивать работой не только инвалидов III группы, но и инвалидов I и II групп, которым ВТЭК рекомендован труд в специально созданных условиях, а также больных тяжелыми заболеваниями — туберкулезом легких, язвенной болезнью, сердечно-сосудистыми и нервно-психическими заболеваниями и слабоумиями. В целях создания экономической заинтересованности специализированных предприятий, применяющих преимущественно труд пенсионеров по возрасту и инвалидов, устанавливается особый порядок определения плановых и отчетных показателей — объем производства, производительность труда и др.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> «О мерах по дальнейшему использованию труда пенсионеров по старости и инвалидов в народном хозяйстве и связанных с этим дополнительных льготах». Постановление Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674. СП СССР, 1973, № 21, ст. 116.

Указанные и другие льготы, предоставляемые предприятиям (производственным объединениям), цехам и участкам, на которых пенсионеры по возрасту и инвалиды составляют определенный процент общей численности работающих, создают серьезную экономическую заинтересованность производственных коллективов и отдельных членов каждого коллектива в дальнейшем развитии и совершенствовании производственной деятельности своего предприятия (объединения). Плановое обеспечение специализированных для использования труда пенсионеров по возрасту и инвалидов предприятий сырьем, материалами, оборудованием, а также малотоннажным автотранспортом для обслуживания лиц, работающих на дому, передача неиспользованных отходов производства промышленных предприятий и оказание помощи специализированным предприятиям в изготовлении нестандартизированного оборудования, технологической оснастки и инструмента, создают прочную основу для успешной деятельности указанных предприятий (объединений).

Большое значение имеет утверждение единых санитарных правил эксплуатации и содержания производственных помещений предприятий (производственных объединений), цехов и участков, предназначенных для использования труда пенсионеров по возрасту и инвалидов. Оздоровление условий труда, предупреждение заболеваемости и травматизма являются одними из факторов повышения трудового долголетия инвалидов, повышения производительности труда.

Указанные предприятия являются одной из основных баз рационального трудового обеспечения инвалидов с тяжелыми формами патологии, поэтому они должны укомплектовываться рабочей силой под непосредственным контролем органов, осуществляющих трудоустройство инвалидов. Учреждения по использованию трудовых ресурсов и отделы социального обеспечения обязаны организовать изучение состава и учет инвалидов, желающих поступить на работу. Руководители предприятий и организаций обязаны сообщать указанным органам сведения о вакантных должностях и рабочих местах, на которых могут быть использованы трудоспособные пенсионеры по возрасту и инвалиды.

Порядок приема на работу инвалидов на специализированное предприятие имеет ту особенность, что администрация обязана потребовать от инвалида Справку ВТЭК о рекомендуемой работе и ее условиях, а инвалид обязан эту Справку представить наряду с паспортом и трудовой книжкой и в надлежащих случаях — с документом об образовании. Предъявление трудовой рекомендации ВТЭК при поступлении инвалида на работу на специализированное предприятие имеет особо важное значение, так как определяет возможность поручить поступающему на работу выполнение показанных ему трудовых функций в условиях предприятия данного профиля.

Администрация предприятия должна быть уверена в том, что свои обязанности по трудовому договору инвалид сможет выполнять без ухудшения здоровья и что предприятие в состоянии будет выполнить свои обязанности по трудовому договору с инвалидом, обеспечив ему здоровые и безопасные условия труда и все требования трудовой рекомендации ВТЭК. Содержание трудового договора с инвалидом определяется ст. 8 ОЗот (ст. 15 КЗоТ РСФСР), ст. 50 ОЗоз, т. е. так же, как и для инвалидов на предприятиях общего типа. Однако продолжительность рабочего дня инвалидам I и II групп не может быть установлена свыше 6 ч. (36 ч в неделю). Ежегодный отпуск устанавливается продолжительностью 24 рабочих дня.

Инвалидам III группы, а также инвалидам I и II групп, работающим на дому, ежегодный отпуск устанавливается продолжительностью 18 рабочих дней.

Сверх того, инвалидам I и II групп и пенсионерам по возрасту предоставляется (по их желанию) отпуск без сохранения заработной платы продолжительностью до 2 мес<sup>1</sup>. Инвалидам III гр. — психически больным по рекомендации врачебно-консультационных комиссий администрация обязана предоставлять кратковременные отпуска без сохранения заработной платы. Инвалидам, работающим на специализированных предприятиях, могут быть предоставлены льготы в области нормирования труда и заработной платы.

Руководители этих предприятий по согласованию с комитетами профсоюзов могут уменьшать инвалидам III группы (и пенсионерам по возрасту) в связи с их пониженной трудоспособностью нормы выработки не более чем на 10%, а инвалидам I и II групп — на 20%. Для инвалидов III группы, работающих на дому, могут устанавливаться нормы выработки и расценки на уровне, предусмотренном для инвалидов III группы, работающих в цехах. Оплату труда инвалидов I и II групп, работающих на дому, администрация может производить по расценкам, установленным для инвалидов I и II групп, работающих в цехах. Указанные льготы являются основными для тех инвалидов, которые не пользуются правом на получение более высоких льгот, как, например, инвалиды, работающие в спеццехах.

## РЕГУЛИРОВАНИЕ ТРУДА ИНВАЛИДОВ, РАБОТАЮЩИХ В СПЕЦЦЕХАХ

Рассматривая вопрос о мерах по улучшению трудового обеспечения инвалидов, Совет Министров РСФСР своим постановлением от 22 августа 1961 г. № 1070 обязал Советы Министров автономных республик, крайисполкомы, облисполкомы, Мосгорисполком, Ленгорисполком предусматривать в проектах годовых планов развития народного хозяйства дальнейшее развитие сети производственных и коммунально-бытовых предприятий, предназначенных для трудового устройства инвалидов, обращая особое внимание на создание специальных цехов для работы инвалидов, страдающих туберкулезом, нервно-психическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями и инвалидов вследствие заболевания органов зрения<sup>2</sup>.

Обязанность создания специальных цехов и предприятий для трудового обеспечения инвалидов, страдающих названными болезнями, возложена на руководителей предприятий, строек, организаций и учреждений постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11 марта 1963 г. № 299<sup>3</sup>. Спеццеха являются основной базой

<sup>1</sup> «Правда», 1979, 2 октября.

<sup>2</sup> Положения о специальных цехах для работы инвалидов, больных активной формой туберкулеза легких, с нервно-психическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями были разработаны и одобрены Ученым Советом ЛИЭТИНа. Утверждены решением Исполкома Ленгорсовета от 6 июля 1962 г. № 764. — Бюлл. Ленгорисполкома, 1962, № 17.

<sup>3</sup> СП РСФСР, 1963, № 6, ст. 34. См. также Постановление Совета Министров СССР от 28 августа 1969 г. № 705 — СП СССР, 1969, № 23, ст. 132; то же от 14 сентября 1973 г. № 674. — СП СССР, 1973, № 21, ст. 116.

для трудового обеспечения инвалидов I и II групп с тяжелыми формами заболеваний. Наряду с некоторыми специфическими особенностями организации работы и регулирования труда инвалидов в спеццехах различного профиля, имеется ряд общих положений. Основные из них следующие:

— трудовое обеспечение инвалидов в спеццехах осуществляется администрацией совместно с медицинской службой предприятия при наличии у поступающих на работу соответствующей трудовой рекомендации ВТЭК;

— для выполнения работ, которые не могут быть поручены инвалидам, допускается зачисление в цех на работу здоровых рабочих и служащих, но не более 10–30% к списочному составу работающих, в зависимости от целевого назначения цеха. Планово-производственные задания и экономические показатели для спеццехов устанавливаются администрацией предприятия с учетом пониженной трудоспособности инвалидов. Работающие в спеццехах инвалиды должны находиться под постоянным медицинским наблюдением и, в случае необходимости, получать на месте медицинскую помощь в специально организованном здравпункте;

— инвалиды, работающие в спеццехах, имеют сокращенный рабочий день продолжительностью 6 ч. Кроме того, для инвалидов в спеццехах устанавливается следующий режим труда и отдыха: после 3 ч работы — обеденный перерыв продолжительностью 1 ч и, сверх того, еще два дополнительных перерыва по 10 мин каждый (микропаузы), причем первая микропауза делается после 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ч работы и вторая микропауза — после 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ч работы. Суммирование перерывов в один не допускается. Работа инвалидов в спеццехах в выходные дни, а также сверх установленной продолжительности рабочего дня и в ночное время категорически запрещается;

— администрация цеха предоставляет инвалидам соответствующую работу и переводит их с одного рабочего места на другое только по согласованию с врачом здравпункта или по его рекомендации. В спеццехах применяется как сдельная оплата труда, так и повременная, в зависимости от вида работ и трудовых функций работников цеха. При сдельной оплате труда инвалидам устанавливаются льготные пониженные нормы выработки и повышенные расценки путем пересчета на сокращенный рабочий день норм и расценок, применяемых для инвалидов в общих цехах данного предприятия, или же устанавливаются особо (когда в общих цехах не имеется аналогичных видов работ);

— инвалидам, работающим в спеццехах, устанавливается удлиненный отпуск продолжительностью 24 рабочих дня. Кроме того, им предоставляется дополнительный отпуск за выслугу лет, начиная с 3-го года работы по 1 рабочему дню за каждый рабочий год, но всего не более 6 дополнительных рабочих дней. Для отдыха работающих в спеццехах инвалидов и для приема пищи при цехе должна быть оборудована особая комната с достаточным количеством удобной мебели.

При премировании администрации спеццеха, инженерно-технических работников и служащих, помимо обычных показателей, предусмотренных системой премирования, должна также учитываться степень выполнения особых требований, предъявляемых к режиму и условиям труда инвалидов в спеццехах. Контроль за выполнением режима и условий труда в спеццехах осуществляют местные органы социального обеспечения, здравпункты и профсоюзные комитеты.

В спеццеха для инвалидов вследствие туберкулеза легких ВТЭК, как правило, направляют инвалидов II группы. В виде исключения допускается прием на работу и инвалидов III группы (из числа бациллярных больных). Кроме того, могут быть оставлены на работе в спеццехах также лица, принятые на работу как инвалиды II группы, но в дальнейшем, в связи с улучшением состояния здоровья, переведенные в III группу инвалидности.

Санитарно-гигиенические условия в спеццехах для инвалидов вследствие туберкулеза легких должны отвечать следующим требованиям: спеццех располагается не выше 3-го этажа, при достаточно пологой лестнице; вход в него должен быть отделен от других цехов предприятия. В соответствии с санитарными нормами проектирования промышленных предприятий производственные помещения спеццеха должны иметь высоту не менее 3,2 м; на каждое рабочее место (включая оборудование и проходы) должно приходиться 15 м<sup>3</sup>, световой коэффициент — не менее 1 : 8. Полы помещения цеха утепляются, рабочие места оборудуются рациональной рабочей мебелью, сиденья имеют удобные для отдыха спинки и располагаются с таким расчетом, чтобы естественный свет падал на рабочую площадь стола с левой стороны или спереди. Искусственное освещение должно быть равномерным. Санитарно-бытовые помещения (гардеробные, умывальные, уборные) должны быть расположены в теплых помещениях и соединены с помещением цеха теплыми переходами.

Инвалидам вследствие туберкулеза легких противопоказана работа в спеццехах, связанная со значительным физическим и нервным напряжением, в неблагоприятных условиях (высокая температура, резкие перепады ее, повышенная влажность и т. п.), в контакте с пылью, с вредными парами и газами, а также на конвейере с заданным ритмом. Технологические операции должны быть доступны для инвалидов вследствие туберкулеза легких<sup>1</sup>.

Продукция спеццеха в случаях, установленных госсанинспекцией, при выпуске подвергается соответствующей дезинфекции. Поэтому в спеццехах для инвалидов, больных туберкулезом легких, не допускается производство предметов детского обихода, а также изделий для пищевой промышленности и для системы общественного питания, т. е. тех изделий, которые не могут быть подвергнуты требуемой дезинфекции.

При спеццехах для инвалидов вследствие заболевания туберкулезом легких в обязательном порядке организуется питание по повышенным нормам, для чего профсоюзный комитет предусматривает специальные ассигнования по смете социального страхования.

Работающие в спеццехах инвалиды обеспечиваются постоянным медицинским наблюдением и необходимыми лечебно-профилактическими мероприятиями. В штате спеццеха (где работает свыше 100 человек) предусматриваются врач-фтизиатр и медицинская сестра, а в остальных спеццехах — фельдшерский здравпункт. Врач организует систематическое обследование инвалидов в тубдиспансере, разрешает вопросы, связанные с переводом больных на другую работу, проводит лечебные мероприятия (антибактериальная терапия, диспансеризация), контролирует соблюдение режима в спеццехах, а также следит за дезинфекцией изделий и производственных помещений.

В спеццехах для инвалидов вследствие гипертонической болезни направляются преимущественно инвалиды II группы. Инвалидам этой

<sup>1</sup> Сб.: Трудовое устройство больных туберкулезом легких. Л., 1964, с. 139.



категории противопоказана работа в неблагоприятных микроклиматических условиях, связанная с длительным стоянием или ходьбой, предписанным быстрым темпом производственных операций, применением шумных двигателей и движущихся механизмов и т. п.

Помещение спеццехов для инвалидов вследствие гипертонической болезни располагается не выше 2-го этажа, с окнами, выходящими на теневую сторону или же защищенными от прямых солнечных лучей. Производственные помещения должны соответствовать санитарным нормам проектирования промышленных предприятий. Внутреннюю поверхность стен помещения рекомендуется окрашивать в спокойные светлые тона. Помещения должны быть изолированы от шума и вибрации. Для работающих в спеццехах больных гипертонической болезнью рекомендуются главным образом ручные операции без значительных мышечных усилий<sup>1</sup>.

В спеццехах для инвалидов вследствие нервно-психических заболеваний отбор для работы производится специализированными психиатрическими ВТЭК, а где их нет — общими ВТЭК совместно с психоневрологическими диспансерами. В спеццехах трудоустраиваются преимущественно инвалиды III группы вследствие нервно-психических заболеваний. Инвалиды I и II групп вследствие нервно-психических заболеваний часто не могут работать в спеццехах.

Производственные помещения спеццехов для инвалидов вследствие нервно-психических заболеваний также должны соответствовать санитарным нормам проектирования промышленных предприятий. Спеццех следует располагать по возможности на 1-м этаже. В спеццехе для инвалидов вследствие нервно-психических заболеваний организуется специальное обслуживание. На каждые 15 работающих инвалидов необходимо иметь 1 инструктора. Инструкторы и мастера спеццеха проходят специминимум по ознакомлению с формами нервно-психических заболеваний и особенностями обслуживания данного контингента инвалидов. Обязанности инструктора могут быть возложены одновременно на медицинскую сестру.

Для обеспечения работающих в спеццехе инвалидов систематическим медицинским наблюдением к спеццеху прикрепляются врач-психиатр и 2 медсестры (на каждые 100 человек). Врач принимает участие в отборе больных в спеццех, наблюдает за их состоянием, работоспособностью, разрешает вопросы о переводе на другую работу, ведет диспансерные карты и контролирует соблюдение санитарно-гигиенических норм труда. При спеццехе для инвалидов вследствие нервно-психических заболеваний оборудуется комната отдыха.

В спеццехах для инвалидов вследствие заболеваний органа зрения отбор производят соответствующие специализированные (при их отсутствии — общие) ВТЭК. Отбору подлежат как инвалиды I и II групп, так и инвалиды III группы, трудоустройство которых значительно затруднено в обычных производственных условиях. В эти же цеха направляются инвалиды с высокой осложненной близорукостью, глаукомой, остаточными явлениями после перенесенных туберкулезных заболеваний глаз. Однако больные с часто рецидивирующими кровоизлияниями на глазном дне или с обострениями туберкулезных заболеваний глаз, которым всякий труд на длительное время противопоказан, направлению в спеццеха не подлежат.

<sup>1</sup> Перечень видов работ, рекомендуемых для инвалидов, больных гипертонической болезнью, утвержден Ленгорисполкомом 6 июля 1962 г. — Бюлл. Ленгорисполкома, 1962, № 17.

Производственные помещения для данного типа спеццеха должны соответствовать, как и другие спеццеха, санитарным нормам, установленным для промышленных предприятий. Искусственное освещение в спеццехах должно быть равномерным с суммарной освещенностью не ниже 30 лк на рабочем месте и не ниже 100 лк в подсобных помещениях спеццеха. Для спеццеха наиболее рациональной считается южная или северная ориентация окон. Для общего освещения рекомендуется употреблять преимущественно люминесцентные лампы белого света. Потолки и верхние части стен целесообразно окрашивать в белый цвет.

В спеццехах для инвалидов вследствие заболеваний органа зрения организуется специальное обслуживание. Инструкторы и мастера спеццеха проходят специминимум по особенностям заболеваний органа зрения и организации труда инвалидов. Такой спеццех обеспечивается, как и другие спеццеха, медицинским наблюдением и обслуживанием. К спеццеху прикрепляются врач-окулист (0,5 штатной единицы) и I медицинская сестра (на 200 человек работающих инвалидов-слабовидящих). Медперсонал ведет диспансерное наблюдение за состоянием зрения и течением заболевания, назначает лечение, решает вопросы о переводе инвалидов на другую работу, контролирует соблюдение санитарно-гигиенических норм и режима труда.

## РЕГУЛИРОВАНИЕ ТРУДА ИНВАЛИДОВ, РАБОТАЮЩИХ НА ДОМУ

Работа на дому также является одной из основных форм трудоустройства инвалидов I и II групп, а также инвалидов III группы, которые по состоянию здоровья не могут работать на производстве. Кроме того, на дому работают пенсионеры по возрасту, лица, достигшие пенсионного возраста, трудоспособные граждане, занятые постоянным уходом за инвалидами I и II групп, многодетные и одинокие матери, имеющие детей дошкольного и школьного возраста и другие лица, занятые в домашнем хозяйстве. Надомная форма организации труда инвалидов применяется на предприятиях, созданных специально для трудоустройства перечисленных категорий трудящихся.

Нормативным актом, регулирующим работу на дому граждан в РСФСР, является постановление СНК РСФСР от 15 ноября 1928 г. «Об условиях труда квартирников»<sup>1</sup>. Большое значение для организации надомного труда на специализированных предприятиях, применяющих труд инвалидов, имеет Инструкция, утвержденная министром местной промышленности РСФСР по согласованию с Министерством социального обеспечения РСФСР и ЦК профсоюза рабочих местной промышленности и коммунально-бытовых предприятий 3 июня 1969 г. Этот ведомственный нормативный акт по вопросам регулирования рабочего времени и отдыха, установления норм выработки и оплаты труда закреплен постановлением Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674.

В соответствии с указанными нормативными актами заключение и расторжение трудового договора с надомниками производится в порядке, предусмотренном общим законодательством о труде. Надомники состоят в списочном составе предприятия, заключившего с ними трудовой договор, на них ведется трудовая книжка, и работа

<sup>1</sup> Сборник законодательных актов о труде. М., 1974, с. 877.

в качестве надомника включается в общий трудовой стаж. Лица, работающие на дому, все задания, получаемые от предприятий, обязаны выполнять личным трудом.

При выборе вида работы для инвалидов-надомников необходимо исходить не только из соответствия данного вида работы трудовой рекомендации ВТЭК, но и учитывать возможность ее выполнения на дому. Нельзя поручать инвалидам-надомникам работы, которые требуют значительных мышечных усилий, связаны с шумом, громом, раздражающим и неприятным запахом и опасностью воспламенения. При выборе вида работы имеет значение и характер заболевания инвалидов. Например, инвалидам, страдающим туберкулезом легких, могут быть поручены только такие виды надомного труда, при которых готовая продукция может подвергаться дезинфекции. Лицами, больными туберкулезом легких, не должны изготавливаться детские игрушки, а также предметы для упаковки пищевых продуктов.

В тех случаях, когда поступающие на работу в надомных условиях нуждаются в обучении новой для них специальности или в освоении новых производственных навыков, администрация предприятия организует соответствующее производственное обучение. Для лиц, которые по состоянию здоровья не могут участвовать в бригадном обучении, администрация обязана организовать индивидуальное обучение на дому.

Оплата за время обучения ученикам и обучающим их, а также сдача испытания (пробы) учениками производится в соответствии с действующим законодательством. На администрацию возлагается организация повышения квалификации работающих на дому.

Предприятие внедряет приспособления и механизмы, облегчающие труд работающих на дому, способствующие повышению производительности труда и улучшению качества изделий. Администрация предприятия обязана организовать каждому надомнику инструктаж по технике безопасности.

Инвалидам I и II групп администрация по согласованию с ФЗМК устанавливает месячные задания с учетом характера заболевания и домашних условий. Для инвалидов III группы применяются нормы выработки, установленные соответственно для инвалидов III группы, изготавливающих аналогичную продукцию непосредственно в цехах данного предприятия. Время, затраченное надомником на получение материалов для работы, сдачу работы и производство расчетов, учитывается при установлении норм выработки. Оплата труда инвалидов I, II и III групп, работающих на дому, производится по расценкам, установленным для инвалидов I, II и III групп, работающих непосредственно в цехах данного предприятия.

Продолжительность отпуска у инвалидов-надомников независимо от группы инвалидности составляет 18 рабочих дней. Дополнительный отпуск за выслугу лет предоставляется начиная с 3-го года работы по 1 дню за каждый год работы, но не более 6 дней в общей сложности. Инвалидам III группы, психически больным, по рекомендациям ВКК администрация обязана предоставлять кратковременные отпуска без сохранения заработной платы.

Предприятие обеспечивает работающих на дому машинами, необходимым инструментом и приспособлениями. Лицам, пользующимся принадлежащими им инструментами и приспособлениями, предприятие выплачивает компенсацию за их износ. Размеры и порядок выплаты этих компенсаций определяется администрацией пред-

приятня (учреждения, организации) по согласованию с рабочим или служащим и ФЗМК профсоюза, если размер и порядок выплаты компенсации не установлены в централизованном порядке (КЗоТ РСФСР, ст. 117). В случаях нарушения надомником трудовой дисциплины администрация имеет право налагать на него дисциплинарные взыскания в соответствии с утвержденными на предприятии правилами внутреннего трудового распорядка. Вопрос об оплате простоев надомника разрешается по соглашению сторон.

Социальное страхование (п. 107 Положения) распространяется на общих основаниях на всех надомников, выполняющих личным трудом заказы предприятий исключительно из материалов предприятий. Рабочие-надомники имеют право на все виды пособий: по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, на рождение ребенка, на погребение. Указанным работникам пособие по больничному листку исчисляется и выплачивается за все календарные дни периода нетрудоспособности или отпуска по беременности и родам.

Предприятия обеспечивают рабочих-надомников сырьем, материалами и полуфабрикатами, инструментом и приспособлениями. Доставка сырья и материалов на дом инвалидам и престарелым и перевозка готовой продукции производятся транспортом предприятия и за его счет.

Администрация предприятий обязана: выдавать работающим на дому ткани, кожевенные товары, их заменители только в раскроенном виде или полуфабрикатами. Сырье и материалы, которые не могут быть выданы надомникам в раскроенном виде или полуфабрикатами, отпускаются только по установленным нормам расходов на единицу изделия; выдавать сырье и материалы для переработки не более чем на 1 мес; ознакомить работающих на дому с техническими условиями и утвержденными образцами. Администрация обязана также заключать с работающими на дому договоры о полной материальной ответственности за ценности предприятия, выданные в их пользование.

Выдача сырья, материалов и инструмента производится в соответствии с утвержденными нормами расхода на единицу продукции непосредственно со складов предприятия. Учет сырья, материалов, и готовой продукции ведется обособленно в порядке, установленном Инструкцией. Заработная плата работающим на дому выплачивается по отдельной ведомости, индивидуально каждому под его личную расписку или по его доверенности и только через кассу предприятия в сроки, установленные для выдачи заработной платы для работающих на предприятии.

## **ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В материальном и трудовом обеспечении инвалидов видное место занимают учреждения социального обеспечения: дома-интернаты для престарелых и инвалидов, детские дома-интернаты для детей от 4 до 18 лет с аномалиями умственного или физического развития, профессионально-технические училища, техникумы.

Дома-интернаты для инвалидов и престарелых созданы с целью осуществлять полное государственное их обеспечение. Но престарелые и инвалиды, проживающие в доме-интернате в соответствии с трудовой рекомендацией ВТЭК или медицинским заключением

врачей дома-интерната могут участвовать в выполнении посильных работ в подсобном хозяйстве или в лечебно-трудовых мастерских, в работах на должностях младшего медицинского персонала и рабочих дома-интерната. Условия труда инвалидов и престарелых регулируются Правилами внутреннего распорядка дома-интерната, утвержденными Министерством социального обеспечения союзной республики с учетом состояния здоровья зачисленного на работу. Оплата за выполнение находящимися на государственном обеспечении инвалидами работы является дополнительным видом государственного обеспечения. Это вознаграждение за труд стимулирует у инвалидов стремление к восстановлению трудоспособности, к приобретению конкретной специальности, помогает им включиться в активное строительство коммунистического общества.

Дом-интернат для детей с аномалиями умственного и физического развития имеет целью осуществление систематического трудового обучения воспитанников, общеобразовательной подготовки в объеме учебных программ и планов, согласованных с органами народного образования и профессионально-технического обучения.

Профессионально-технические училища, техникумы, созданные в системе министерств социального обеспечения союзных республик, позволяют инвалиду приобрести квалифицированную профессию, если он ранее не имел ее; получить другую специальность, если в связи с инвалидностью работа в прежней профессии становится для инвалида недоступной или малопроизводительной; повысить имеющуюся квалификацию по выполняемой работе.

Рекомендация о необходимости и возможности профессионального обучения дается инвалиду ВТЭК. Инвалиды, желающие обучаться в профтехучилищах и техникумах Министерства социального обеспечения, обращаются в местный отдел социального обеспечения, проходят в обязательном порядке освидетельствование во ВТЭК, рекомендуемой обучению соответственно состоянию здоровья инвалида.

Особенно сложным является процесс трудоустройства инвалидов I и II групп с нервно-психическими заболеваниями. Процесс трудоустройства инвалидов этой категории проходит в основном те же стадии, что и процесс трудоустройства прочих инвалидов. Лечение приобретает здесь особое значение, так как, кроме медикаментозного, физиотерапевтического и других методов, применяется лечение трудом. «Труд был, есть и останется апробированным мощным средством в борьбе с психическими заболеваниями»<sup>1</sup>.

Основной лечебной базой для большинства инвалидов с нервно-психическими заболеваниями являются районные психоневрологические диспансеры. В них разрешается вопрос о показаниях для стационарного лечения, осуществляются подготовка к труду и устройство на определенную работу. При этих диспансерах (и при психиатрических больницах) организуются лечебно-трудовые мастерские, дневные стационары, выдача работы на дом. Для других групп инвалидов в зависимости от состояния их здоровья организуются специальные группы или спеццеха в промышленности и сельском хозяйстве.

Дневные стационары являются главным образом лечебным учреждением с задачей восстановить трудоспособность больного путем лечения трудом. Лечебно-производственные мастерские играют роль промежуточного звена, где инвалид с тяжелым нервно-психическим

<sup>1</sup> Борзунова А. С. В кн.: Организационно-методические вопросы трудоустройства инвалидов. Труды ЛИЭТИН, вып. XXVI, Л., 1969, с. 156.

заболеванием привлекается к производительному труду в специально организованных для этого условиях, под наблюдением врача, не прерывая лечения. Организация труда в дневном стационаре и лечебно-трудовых мастерских должна быть тщательно спланирована диспансером, продолжительность рабочего дня устанавливается каждому индивидуально в пределах от 3 до 7 ч.

Работа на дому для инвалидов с тяжелыми психическими заболеваниями и работа в специальных цехах преследует основную цель — обеспечить работой инвалида, прошедшего лечение в дневном стационаре и производственную подготовку в лечебно-производственных мастерских, работая в качестве производственного рабочего. Наемный труд рекомендуется организовать из расчета 6-часового рабочего дня.

В дневных стационарах никаких норм выработки не устанавливается, так как труд является лишь способом лечения. В лечебно-производственных мастерских допускается для некоторых категорий больных установление норм выработки, но они должны быть дифференцированы в зависимости от состояния больного и определяются врачом. Для больных, имеющих нормы выработки, установлены и расценки за выполняемую работу. Эти больные, как и инвалиды, работающие в спеццехах и на дому, получают за свою работу соответствующее вознаграждение.

Направление инвалидов в лечебно-трудовые мастерские преследует цели продолжения лечения и подготовки к трудовой деятельности или профессиональной переподготовки в сочетании с лечением и, наконец, обеспечения производственной работой инвалидов, прошедших курс лечения, но нуждающихся в работе в специальных условиях с определенным режимом рабочего дня.

В тех случаях, когда инвалиды направлены в лечебно-трудовые мастерские в целях лечения (труд — только лечебный фактор), а также когда они проходят в лечебно-трудовых мастерских подготовку к трудовой деятельности (профессиональную переподготовку), их нужно считать вступившими в правоотношения по социальному обеспечению с лечебно-трудовыми мастерскими. Время профессиональной переподготовки инвалидов III группы, психически больных, в лечебно-производственных (трудовых) мастерских при психиатрических и психоневрологических учреждениях (не свыше 1 года) включается в общий трудовой стаж, если после переподготовки инвалид поступает на работу по вновь полученной специальности. Положение не изменится, если некоторые из обучающихся будут получать и вознаграждение за свой труд в период обучения. Вознаграждение за труд здесь имеет то же значение лечебного фактора, укрепляющего у больного уверенность в своих силах, в своей трудовой полноценности. Кроме того, оплата за труд является и дополнительным материальным обеспечением.

Что же касается инвалидов, направленных на работу в лечебные мастерские по окончании лечения, то эта группа инвалидов, несомненно, вступает с мастерскими в трудовые правоотношения. Основанием для возникновения трудовых правоотношений является направление на работу инвалида органами социального обеспечения по заключению ВТЭК в сочетании с трудовым договором, заключенным инвалидом и мастерскими. Труд инвалидов этой категории регулируется нормами права, общими для всех инвалидов данной группы и в соответствии с трудовой рекомендацией ВТЭК.

## ТРУДОВЫЕ ПРАВА ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СЛЕПЫХ (ВОС)

### ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СЛЕПЫХ

Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых (ВОС) имеет своей задачей объединить слепых граждан для приобщения их к общественно полезной трудовой деятельности, улучшения культурно-бытового обслуживания, содействия повышению идейно-политического уровня, общеобразовательных и технических знаний и вовлечения их в ряды активных строителей коммунистического общества<sup>1</sup>.

Согласно уставу, членами Всероссийского общества слепых могут быть граждане СССР, достигшие 14-летнего возраста, если они являются инвалидами I и II групп по зрению или признаны органами здравоохранения практически слепыми<sup>2</sup> в тех случаях, когда они не подлежат освидетельствованию во ВТЭК.

Лица с нарушениями зрения, отнесенные ВТЭК к III группе инвалидности, могут быть членами общества только на правах зрячих, активно участвующих в работе общества.

Для обучения производственным профессиям и последующего обеспечения членов общества работой в системе ВОС образуются учебно-производственные предприятия (УПП). Все принятые в УПП слепые, не имеющие соответствующей квалификации, проходят курс начального производственного обучения в порядке индивидуального или бригадного ученичества. Срок обучения определяется в зависимости от профиля производства, но не менее 2 нед и не более 2 мес по программам, утвержденным Центральным правлением общества. Обучение производится в нерабочее время и является бесплатным. На время обучения учащиеся обеспечиваются стипендией. Окончившие производственное обучение сдают экзамены, принимаемые тарифно-квалификационной комиссией. Успешно сдавшим экзамен присваивается указанный комиссией тарифный разряд в соответствии с полученной квалификацией, и они приказом директора УПП зачисляются рабочими в УПП.

Рабочие УПП, для которых требуется повышение квалификации, приказом директора могут быть зачислены на курсы повышения квалификации, организуемые в УПП. Занятия на курсах производятся в нерабочее время. Срок обучения на курсах зависит от профиля обучения и может быть не менее 1 года и не более 2 лет. Окончившим курсы присваивается соответствующий тарифный

<sup>1</sup> Устав ВОС утвержден приказом Министерства социального обеспечения РСФСР 31 декабря 1975 г. № 135. Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 493.

<sup>2</sup> К практически слепым относятся лица, острота зрения которых не превышает 0,03 при коррекции стеклами, а также те, кто имеет сужение границ поля зрения до 10° и менее, независимо от состояния остроты зрения.

разряд. В системе ВОС создаются также школы восстановления трудоспособности. В этих школах обучаются те из слепых (особенно недавно ослепшие), которые не переклЮчилиcь на ориентировку и работу без зрительного контроля. Кроме того, в системе ВОС имеется ряд специальных учебных заведений, готовящих массажистов, работников сельского хозяйства, баянистов, руководителей хорового пения и др.

Большое значение для работы общества имеют Институт повышения квалификации руководящих и инженерно-технических работников, а также специальное конструкторское бюро (СКБ), которое занимается разработкой технологии, оснастки УПП и тифлотехники вообще.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ВОС**

УПП принимают меры к созданию таких профилей производства, которые максимально пригодны для труда слепых. Производственные операции, доступные труду слепых, следует выполнять только слепым. В УПП необходимо создавать условия, благоприятствующие труду слепых, обеспечивающие соблюдение требования техники безопасности и производственной санитарии.

Большую роль в надлежащей организации труда и быта работающих в УПП инвалидов играют местный профсоюзный комитет и первичная организация ВОС. Бюро первичной организации ВОС и общие собрания членов ВОС вносят рекомендации по вопросам улучшения работы УПП, в частности улучшения техники безопасности и производственной санитарии, охраны остаточного зрения работающих инвалидов. Первичная организация ВОС выносит также рекомендации о расширении и облегчении труда слепых, об улучшении их культурного и бытового обслуживания.

Рекомендации проводятся в жизнь администрацией УПП. В случаях несогласия директора УПП с внесенными рекомендациями окончательное решение о целесообразности их осуществления принимается соответствующим республиканским (АССР), краевым, областным или городским правлением ВОС.

Бюро первичной организации ВОС содействует укреплению трудовой дисциплины на предприятии (учреждении, организации), выполнению производственного плана и развертыванию социалистического соревнования, повышению производительности труда и снижению себестоимости продукции. Оно может поставить вопрос перед Президиумом правления о смещении или наказании директора и других работников предприятия, входящих в номенклатуру правления. Первичная организация общества работает в тесном контакте с местным комитетом профсоюза.

## **ТРУДОВЫЕ ПРАВА ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ, РАБОТАЮЩИХ В УПП ВОС**

На всех лиц, работающих в УПП, слепых и слабовидящих, распространяются общие для рабочих и служащих государственных предприятий нормы трудового законодательства. Но для инвалидов по зрению установлены отдельные более льготные условия труда. Некоторые из них нашли отражение в Правилах внутреннего трудового распорядка для работников УПП ВОС. При приеме на



работу инвалидов по зрению администрация УПП обязана потребовать не только паспорт и трудовую книжку, но и Справку ВТЭК об инвалидности I или II группы по зрению либо справку органов здравоохранения о практической слепоте в случаях, когда поступающий на работу не подлежит освидетельствованию во ВТЭК. При приеме на работу, требующую специальных знаний, администрация УПП вправе потребовать диплом или иной документ об окончании высшего или среднего специального учебного заведения.

Если администрация не обеспечивает рабочих инструментами, то она должна выплачивать компенсацию за амортизацию инструмента, принадлежащего рабочим, в размере, определяемом администрацией по согласованию с рабочим или служащим и ФЗМК профсоюза, если размер и порядок выплаты компенсации не установлены в централизованном порядке (КЗоТ РСФСР, ст. 117).

Администрация УПП обязана строго выполнять действующие правила по технике безопасности, производственной санитарии и гигиене труда. В целях предупреждения травматизма и заболеваемости местные комитеты профсоюзов должны ежедневно контролировать, как соблюдается законодательство об охране труда, своевременно ли выдается рабочим доброкачественная спецодежда, спецобувь и пр.

ОЗоТ (ст. 60) обязывают администрацию предприятий (учреждений и организаций) обеспечивать надлежащее техническое оборудование всех рабочих мест и создавать на них условия работы, соответствующие правилам по охране труда (правилам по технике безопасности, санитарным нормам и правилам и др.—ст. 143 КЗоТ РСФСР). Названные меры должны с особой тщательностью и аккуратностью выполняться предприятиями и учреждениями, в которых работают слепые. Помимо выполнения общих правил по технике безопасности и санитарии, УПП ВОС обязаны соблюдать специальные Правила по технике безопасности и производственной санитарии в учебно-производственных предприятиях ВОС.

Врачебно-трудовым экспертным комиссиям необходимо с особым вниманием относиться к составлению трудовой рекомендации инвалидам-слепым и лицам с ослабленным зрением. Администрация УПП, прежде чем допустить к работе инвалидов по зрению, должна обучить их необходимым теоретическим и практическим профессиональным знаниям и приемам, а также безопасным способам работы. Лица, не сдавшие экзаменов по технике безопасности, не могут быть допущены к работе.

Учебно-производственные предприятия общества слепых являются наиболее оправдавшей себя формой трудоустройства инвалидов I и II групп по зрению. Поэтому Центральное правление ВОС принимает меры к тому, чтобы обеспечить работой всех своих членов и создать им наиболее благоприятные условия труда, соответствующие состоянию их здоровья. В этих целях рабочим-слепым, которым по состоянию здоровья не рекомендуется ежедневная работа на производстве, приказом директора УПП устанавливается неполная рабочая неделя с предоставлением дополнительных выходных дней. За дополнительные выходные дни плата не начисляется.

## ТРУДОВЫЕ ПРАВА ГЛУХИХ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ГЛУХИХ (ВОГ)

### ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ГЛУХИХ

Всероссийское общество глухих (ВОГ) организовано в целях объединения «...глухих, глухонемых и тугоухих граждан для приобщения их к общественно полезной трудовой деятельности, улучшения культурно-бытового обслуживания, содействия повышению идейно-политического, общеобразовательного и технического уровня и вовлечения их в ряды активных строителей коммунистического общества»<sup>1</sup>.

Для осуществления указанных целей ВОГ и его местные отделы создают учебно-производственные предприятия (УПП), организуют школы подготовки и переподготовки кадров, проводят курсы и семинары по повышению квалификации своих работников<sup>2</sup>.

Трудовые права и обязанности члена ВОГ определяются в основном общими нормами трудового законодательства и реализуются прежде всего через УПП ВОГ, которые обучают своих членов различным профессиям и специальностям, доступным им при наличии такого физического недостатка, как потеря слуха: брошюровщиков, обувщиков, вязальщиков, штамповщиков, слесарей-сборщиков и многих других профессий. Продолжительность обучения в УПП определяется утвержденными ЦК ВОГ программами и устанавливается в зависимости от специальности в пределах от 6 до 11 мес. Профессионально-техническое обучение молодежи с расстройством слуха и речи производится не только в УПП, но и в других училищах и школах, а также в техникумах и вузах.

Совет Министров РСФСР и Министерство социального обеспечения РСФСР обязали Советы Министров автономных республик, крайисполкомы, облисполкомы, Московский и Ленинградский горисполкомы, министерства и ведомства РСФСР и местные организации ВОГ обеспечить трудовое устройство на промышленные и сельскохозяйственные предприятия молодежи и подростков, выпускаемых из специальных школ-интернатов, профессионально-технических училищ и других учебных заведений для глухих, а также глухих граждан, нуждающихся в получении подходящей работы. Для всех указанных лиц должны быть созданы необходимые производственные, жилищные и культурно-бытовые условия, возможность повышения квалификации на курсах предприятий, а также на специальных

<sup>1</sup> Положение о Всероссийском обществе глухих (ВОГ) утверждено постановлением Совета Министров РСФСР 20 апреля 1956 г. № 327 — Трудовое устройство инвалидов в СССР, М., 1963, с. 217.

<sup>2</sup> Устав ВОГ утвержден Приказом М-ва соц. обеспечения РСФСР 31 декабря 1975 г. № 136. — Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 503.

курсах, организуемых для глухих рабочих нескольких предприятий по однородным профессиям<sup>1</sup>.

## РОЛЬ МК ПРОФСОЮЗОВ И ЯЧЕЕК ВОГ В ОБЕСПЕЧЕНИИ НОРМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА ГЛУХИХ

Трудоустройство глухих широко практикуется в государственной промышленности и в сельском хозяйстве. Подавляющее большинство глухих и глухонемых занято на квалифицированных работах. Многие из них работают на руководящей и хозяйственной работе инженерами, конструкторами, педагогами, научными работниками.

Большую роль в воспитании высоких качеств рабочих играют первичные организации ВОГ.

Первичные организации ВОГ работают в тесном контакте с ФЗМК. Они обязаны содействовать приему глухонемых на работу, не допускать необоснованных отказов в приеме на работу или увольнении с работы.

При приеме на работу глухонемых ФЗМК должны следить за тем, чтобы отделы техники безопасности на предприятиях не препятствовали допуску глухонемых к работе на станках, машинах и другим работам, не требующим нормального слуха. Препятствием к приему на ту или иную работу глухонемого могут служить только такие условия, которые представляют действительную опасность для самого работника и окружающих его лиц. Во всех сомнительных и спорных случаях вопрос о допустимости использования труда глухонемого на определенной работе должен решаться ФЗМК с участием технического инспектора профсоюза и врача.

ФЗМК должны осуществлять контроль за безопасностью условий труда глухонемых рабочих, своевременным проведением инструктажа и обучения безопасным методам труда, ознакомлением с действующими правилами по технике безопасности, производственной санитарии и противопожарной технике. На тех предприятиях, где работают значительное число глухонемых, ФЗМК должны выделять общественных инспекторов по охране труда указанных работников. На ФЗМК возложена обязанность содействовать трудоустройству глухонемых подростков, выпускаемых из специальных школ-интернатов, приему их на предприятие в счет брони приема молодежи и производственному обучению.

Профсоюзные организации обязаны взять под свой контроль использование и оплату труда глухонемых на предприятиях в соответствии с имеющейся у них специальностью и квалификацией. ФЗМК должны содействовать выдвижению в мастера и бригадиры передовых рабочих на участках, где работают глухонемые, помогать администрации в организации технического обучения и повышения квалификации глухонемых, проверять своевременность присвоения рабочим более высокого разряда.

Комитеты профсоюзов совместно с администрацией предприятий при распределении жилой площади должны особо учитывать нуждаемость семейных рабочих-глухонемых.

<sup>1</sup> «Об улучшении общего и профессионального образования, трудового устройства и обслуживания глухих граждан РСФСР». Приказ по М-ву соц. обеспечения РСФСР от 19 сентября 1962 г. № 113. — Трудовое устройство инвалидов в СССР. М., 1963, с. 235.

Профсоюзные организации широко привлекают глухонемых к участию в социалистическом соревновании, в работе производственных совещаний, участию в культурных мероприятиях, проводимых в клубах и домах культуры. На тех предприятиях, где работают значительное число глухонемых, для проведения с ними культурных мероприятий в клубах необходимо выделить отдельные комнаты.

Профсоюзным организациям рекомендуется создавать при ФЗМК комиссии по работе среди глухонемых.

Поскольку трудовые отношения с глухонемыми рабочими и служащими в основном регулируются общими нормами трудового законодательства, на профсоюзные организации возложена обязанность обеспечить строгий контроль за выполнением законов о труде в части, касающейся глухонемых. Правовое регулирование труда глухих и глухонемых членов общества глухих в других союзных республиках такое же, как и в ВОГ.

## Глава 15

### БЫТОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНВАЛИДОВ

#### МАТЕРИАЛЬНО-БЫТОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ

В соответствии с Типовым положением дома для престарелых и инвалидов являются медико-социальными учреждениями, предназначенными для проживания престарелых и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании.

В зависимости от специального назначения дома-интернаты могут иметь названия: «Пансионат ветеранов труда», «Психоневрологический интернат», «Детский дом-интернат». Основные задачи и функции дома-интерната, находящегося в ведении Министерства социального обеспечения, состоят:

1) в материально-бытовом обеспечении престарелых и инвалидов, создании для них благоприятных условий жизни, приближенных к домашним условиям, основанных на правилах социалистического общежития;

2) в организации ухода (надзора) за проживающими лицами, оказании им медицинской помощи и проведении культурно-массовой работы;

3) в осуществлении мероприятий, направленных на социально-трудоую реабилитацию инвалидов.

В соответствии с этими задачами дом-интернат осуществляет бытовое обслуживание престарелых и инвалидов, предоставляет им благоустроенное жилье с мебелью и инвентарем, постельные принадлежности, одежду и обувь; рациональное и диетическое питание с учетом их возраста и состояния здоровья; осуществляет создание благоприятного микроклимата и показанных режимов обслуживания, диспансеризацию престарелых и инвалидов, их лечение; проводит санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия.

Дом-интернат обеспечивает нуждающихся инвалидов и престарелых слуховыми аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями, а также немоторными средствами передвижения, проводит культурно-массовую работу с учетом состояния здоровья и возраста

престарелых и инвалидов; согласно медицинским рекомендациям, проводит комплекс реабилитационных мероприятий по восстановлению их личностного и социального статуса.

Дом-интернат для детей организует общеобразовательную подготовку и трудовое обучение умственно отсталых детей в объемах учебных программ, планов, разработанных с учетом методических рекомендаций Академии педагогических наук СССР, общеобразовательное и производственное обучение молодежи, подростков и детей с аномалиями физического развития совместно с органами просвещения и профтехобразования.

В дом-интернат принимаются на государственное обеспечение престарелые и инвалиды, нуждающиеся по состоянию здоровья в уходе, бытовом обслуживании и медицинской помощи, которым пребывание в доме-интернате не противопоказано в соответствии с инструкцией «Медицинские показания и противопоказания к приему в дом-интернат»<sup>1</sup>, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, не имеющие трудоспособных детей или родителей, обязанных по закону их содержать.

Прием в психоневрологический интернат и детский дом-интернат производится независимо от наличия родственников, обязанных по закону их содержать.

В детский дом-интернат принимаются дети в возрасте от 4 до 18 лет с аномалиями умственного или физического развития.

В дом-интернат, пансионат ветеранов труда принимаются граждане (женщины с 55 лет, мужчины с 60 лет) и инвалиды I и II групп старше 18 лет. Лица, страдающие хроническими психическими заболеваниями, определяются в психоневрологический интернат. Инвалиды и участники Великой Отечественной войны и члены семей погибших военнослужащих, а также умерших инвалидов и участников Отечественной войны принимаются в дом-интернат в первоочередном порядке. При наличии свободных мест в доме-интернате престарелые и инвалиды могут приниматься на временное проживание сроком от 2 до 6 мес на общих основаниях.

Прием в дом-интернат производится по путевке вышестоящей организации по подчиненности, которая выдается на основании заявления о приеме в дом-интернат, и медицинской карты, оформленных соответственно отделом социального обеспечения и учреждением здравоохранения.

Престарелые граждане и инвалиды, проживающие в доме-интернате, пансионате ветеранов труда, могут приниматься на временные работы в этом учреждении в соответствии с действующим законодательством на должности младшего медицинского персонала и рабочих, если работа им не противопоказана по состоянию здоровья, с неполным рабочим днем и с оплатой пропорционально отработанному времени (Типовое положение о доме для престарелых и инвалидов. Утверждено постановлением Госкомтруда СССР от 20 июня 1978 г. № 202. Бюллетень Госкомтруда СССР, 1978, № 10)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Приложение № 3 к приказу М-ва соц. обеспечения РСФСР от 27 декабря 1978 г. № 145 «Об утверждении положений о доме-интернате для престарелых и инвалидов и психоневрологическом интернате».

<sup>2</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 345.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЖИЛОЙ ПЛОЩАДЬЮ, КОММУНАЛЬНЫЕ УСЛУГИ

В общей системе материального обеспечения инвалидов видное место занимают мероприятия по улучшению их быта.

С 1 января 1977 г. проживающим в сельской местности инвалидам Отечественной войны, инвалидам из числа военнослужащих, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья, полученных при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте, а также инвалидам из числа бойцов и командного состава истребительных батальонов, взводов и отрядов защиты народа, ставших инвалидами при исполнении служебных обязанностей, предоставляются беспроцентные ссуды на индивидуальное жилищное строительство в размере до 1500 р. с погашением в течение 10 лет, начиная с 3-го года после окончания строительства дома (Постановление Совета Министров СССР от 23 февраля 1981 г. № 209. См. Приложение сгр. 547)<sup>1</sup>.

В некоторых союзных республиках (например, в Украинской ССР) инвалиды I и II групп, признанные таковыми в связи с увечьем, происшедшим с ними на производстве или вследствие профзаболевания, а также в связи с несением службы по охране общественного порядка или при защите социалистической собственности, имеют право на первоочередное получение жилой площади.

Инвалиды войны, занимающие ведомственную жилплощадь, в случае увольнения их с работы не могут быть выселены без предоставления другого жилья даже в тех случаях, когда они работали на предприятиях, с жилплощади которых такое выселение предусмотрено действующим законодательством в отношении других лиц.

Жилая площадь в пределах норм, предусмотренных действующим законодательством, занимаемая инвалидами Отечественной войны I и II групп и проживающими совместно с ними членами семей, не только находящимися на их иждивении, но и имеющими самостоятельный заработок, а также семьями, получающими пенсию по случаю потери кормильца за погибшего военнослужащего, с 1 мая 1975 г. оплачивается в размере 50 % квартирной платы, начисленной по ставкам, установленным для рабочих и служащих, а излишняя жилая площадь (до 15 м<sup>2</sup>) — в одинарном размере.

Указанным инвалидам и семьям погибших военнослужащих предоставляется также скидка в размере 50 % с платы, установленной за пользование отоплением, водопроводом, канализацией, газом и электроэнергией. Инвалидам Отечественной войны, проживающим в домах, не имеющих центрального отопления, предоставляется скидка в размере 50 % со стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению<sup>2</sup>. Инвалидам Отечественной войны III группы эти льготы предоставляются с 1 мая 1980 г.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> СП СССР, 1981, № 12, ст. 71.

<sup>2</sup> О дополнительных льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих. Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 18 апреля 1975 г. № 304. — СП СССР, 1975, № 11, ст. 59.

<sup>3</sup> О дополнительных мерах по улучшению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной войны. Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР. — Соц. обеспечение, 1980, № 5, с. 3.

Льготы по оплате жилой площади и коммунальных услуг указанным семьям предоставляются соответствующими жилищно-эксплуатационными учреждениями, коммунальными или другими организациями независимо от того, кто из членов семьи является сьемщиком жилого помещения (инвалид или член семьи, проживающий с ним).

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫМИ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ, ПОЛЬЗОВАНИЕ ПАССАЖИРСКИМ ТРАНСПОРТОМ

Инвалиды Отечественной войны и другие инвалиды из числа военнослужащих с тяжелыми поражениями нижних конечностей имеют право на получение микролитражных автомобилей «Запорожец» с ручным управлением, мотоколясок, велоколясок, кресел-колясок (Постановление Совета Министров СССР от 23 февраля 1981 г. № 209. См. Приложения, стр. 547)<sup>1</sup>.

Микролитражные автомобили «Запорожец» с ручным управлением выдаются бесплатно указанным инвалидам органами социального обеспечения по месту постоянного жительства сроком на 7 лет без права продажи или передачи другим лицам. Однако в случае смерти инвалида автомобилем оставляется его семье на правах личной собственности.

Для получения автомобиля «Запорожец» инвалиду необходимо представить заключение республиканских (АССР), краевых, областных, Московской и Ленинградской центральных городских ВТЭК в наличии у них установленных медицинских показаний и об отсутствии противопоказаний к вождению автомобиля; удостоверение о сдаче экзамена на право вождения автомобиля; личное заявление.

Обучение инвалидов вождению автомобилей с ручным управлением осуществляется органами социального обеспечения за счет средств, ассигнуемых на обучение и трудовое обеспечение инвалидов. Если инвалид посылается на обучение в другую местность, ему оплачивается проезд в оба конца и возмещаются расходы на питание и общежитие на время обучения.

Заявления инвалидов о выдаче автомобиля прежде всего рассматриваются общественными комиссиями при краевых, областных, Московском и Ленинградском городских отделах социального обеспечения. При этом учитывается степень нуждасности инвалидов в средствах передвижения для выполнения ими трудовых обязанностей, общественных поручений и бытовых потребностей.

В исключительных случаях автомобиль «Запорожец» с ручным управлением может выдаваться бесплатно инвалидам войны I группы, имеющим медицинские противопоказания к вождению автомобиля, если его вождение для обслуживания инвалида может осуществлять постоянно проживающий с ним член семьи. В подобных случаях выдача автомобиля производится по решению исполкома соответствующего Совета народных депутатов. По истечении 7-летнего срока эксплуатации автомобиля «Запорожец» инвалид может получить новый автомобиль. Для этого надо сдать старый автомобиль специальной приемной комиссии, состоящей из представителей районного отдела социального обеспечения, районного финансового отдела и предприятия автомобильного транспорта.

<sup>1</sup> СП СССР, 1981, № 12, ст. 71.

При сдаче автомобиля комиссии должны быть представлены технический паспорт автомобиля с отметкой ГАИ о снятии с учета, личный паспорт владельца машины. При этом автомобиль должен быть полностью укомплектован всеми полагающимися частями (детальями). Факт приема от инвалида автомобиля комиссия удостоверяет выдачей специальной справки, служащей документом для получения нового автомобиля «Запорожец» с ручным управлением.

Инвалидам Отечественной войны, имеющим право на бесплатное получение легкового автомобиля «Запорожец» с ручным управлением при наличии индивидуальных физических особенностей, разрешено приобретать легковые автомобили «Москвич-21403» с ручным управлением по установленной розничной цене с зачетом стоимости автомобиля «Запорожец»<sup>1</sup>.

Для инвалидов войны и других инвалидов из числа военнослужащих установлены особые преимущества для технического обслуживания и текущего ремонта автомобилей с ручным управлением. Капитальный ремонт этих автомобилей не производится.

Магазины, торгующие легковыми автомобилями и запасными к ним частями, обязаны продавать запасные части в первую очередь инвалидам — владельцам автомобилей с ручным управлением и принимать от них предварительные заказы на запасные части. Предприятия технического обслуживания автомобилей обязаны принимать заявки на услуги от инвалидов вне очереди и выполнять их в короткие сроки.

Для инвалидов войны, у которых отсутствуют необходимые медицинские показания для получения автомобиля с ручным управлением, организована продажа легковых автомобилей по розничным ценам через специализированные магазины по месту жительства. Продажа этих автомобилей в соответствии с выделенными для этих целей фондами производится на основании решений министерств социального обеспечения союзных и автономных республик, краевых, областных, Московского и Ленинградского городских отделов социального обеспечения.

Инвалиды Отечественной войны, проживающие в городах, рабочих, дачных и курортных поселках РСФСР, имеющие автомобили, мотоциклы и моторные лодки, освобождены с 1 января 1979 г. от арендной платы за нежилые помещения, используемые ими под гаражи, а также от участия в общих для всего домовладения расходов по управлению, эксплуатации и текущему ремонту дома<sup>2</sup>.

Другим видом специализированных транспортных средств для инвалидов из числа военнослужащих с тяжелыми поражениями нижних конечностей являются мотоколяски, которые также выдаются органами социального обеспечения бесплатно. Для получения мотоколяски с ручным управлением инвалид должен получить заключение республиканской (АССР), краевой, областной или Московской и Ленинградской городских ВТЭК (по месту жительства) о наличии у него соответствующих показаний к вождению мотоколяски и об

<sup>1</sup> Соц. обеспечение, 1980, № 9, с. 53.

<sup>2</sup> О местных налогах и сборах. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 10 апреля 1942 г. — Ведомости Верховного Совета СССР, 1942, № 13. О дополнительных мерах по дальнейшему улучшению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной войны. Постановление Совета Министров РСФСР от 20 марта 1979 г. № 153. — СП РСФСР, 1979, № 11, ст. 67, п. 8-а.



отсутствии противопоказаний, препятствующих вождению мотоколяски. Мотоколяски выдаются инвалидам сроком до износа, но не менее чем на 5 лет. Один раз в течение этого срока владелец мотоколяски может передать ее автопредприятию для капитального ремонта за счет государства по нарядам, выдаваемым соответствующими отделами социального обеспечения.

В случае износа мотоколяска может быть обменена на новую, но не ранее истечения 5-летнего срока со дня выдачи. С 1 мая 1975 г. инвалидам войны, имеющим право на получение бесплатно мотоколясок, могут быть выданы вместо мотоколясок автомобили «Запорожец» с ручным управлением. Для этого инвалиду необходимо получить заключение соответствующей ВТЭК по месту жительства. Инвалидам, не имеющим права вождения автомобилей с ручным управлением и мотоколясок по разным причинам, могут быть выданы велоколяски или велокресла.

Указанные специальные средства передвижения выдаются по заключению ВТЭК бесплатно тем инвалидам, протезирование которых невозможно или инвалиды испытывают серьезные затруднения в пользовании протезно-ортопедическими изделиями.

Но право получения и эксплуатации специальных транспортных средств доступно не всем инвалидам и не всегда оно возможно, поэтому исключительно важное значение имеют льготы, предоставленные инвалидам при пользовании разными видами пассажирского транспорта.

Инвалиды Отечественной войны I, II и III групп во всех городах, независимо от места жительства, пользуются правом бесплатного проезда пригородных маршрутов, а также железнодорожным и водным транспортом пригородного сообщения и в автобусах на всех видах городского пассажирского транспорта, за исключением такси, а также на автотранспорте общего пользования (за исключением такси) в сельской местности в пределах административного района по месту жительства — постоянного или временного. Эта льгота распространяется на других инвалидов из числа военнослужащих, ставших инвалидами при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, а также на инвалидов из числа лиц начальствующего и рядового состава органов Министерства внутренних дел СССР, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении служебных обязанностей<sup>1</sup>.

Правом бесплатного проезда внутригородским транспортом (кроме такси) во всех городах РСФСР (и других союзных республик) пользуются также все инвалиды-слепые (постановление Совета Министров СССР от 9 марта 1954 г.), инвалиды, не имеющие обеих рук, не имеющие обеих ног, а также инвалиды с параличом двух конечностей и инвалиды, не имеющие руки и ноги<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> «О мерах по дальнейшему улучшению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной войны». Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 10 ноября 1978 г. № 907. — СП СССР, 1978, № 27, ст. 164; см. также СП СССР, 1981, № 12, ст. 71.

<sup>2</sup> «О предоставлении инвалидам, не имеющим обеих ног, права бесплатного проезда внутригородским транспортом». Постановление Совета Министров РСФСР от 6 февраля 1962 г. № 143. — СП РСФСР, 1962, № 1, ст. 13. «О предоставлении инвалидам с параличом двух конечностей и инвалидам, не имеющим руки и ноги, права бесплатного проезда внутригородским транспортом». Постановление Совета Министров РСФСР от 2 декабря 1964 г. № 1498. — СП РСФСР, 1964, № 21, ст. 152.

Инвалиды-слепые пользуются также правом бесплатного проезда на железнодорожном транспорте пригородного сообщения и водным транспортом внутри городского и пригородного сообщения, а также в автобусах пригородных и внутрирайонных линий.

Право инвалидов-слепых на бесплатный проезд на указанных видах транспорта удостоверяется предъявлением членских билетов общества слепых.

Инвалидам Отечественной войны I и II групп, а также инвалидам Отечественной войны III группы, не имеющим конечности, предоставлено право бесплатного проезда на судах внутригородских линий, а инвалидам, проживающим в сельской местности, — на судах пригородных линий. Им же предоставлено право приобретать вне очереди билеты в кассах пригородных и внутригородских линий (по предъявлении специального удостоверения инвалида Отечественной войны).

Для инвалидов I и II групп (всех категорий) установлена сезонная скидка с тарифов при проезде на судах транзитных и местных линий в размере 50% на период с открытия навигации по 15 мая и с 1 октября до закрытия навигации.

Инвалидам Отечественной войны I и II групп с 1 мая 1980 г. предоставляется право бесплатного проезда по железной дороге или на судах транзитных и местных линий речного флота 1 раз в году (туда и обратно), а лицам, сопровождающим инвалида Отечественной войны I группы (не более 1 сопровождающего), — 50-процентную скидку со стоимости проезда указанным транспортом 1 раз в году (туда и обратно) в период с 16 мая по 30 сентября<sup>1</sup>.

Члены семей инвалидов Отечественной войны имеют право на приобретение льготных абонементных билетов со скидкой 50% на суда пригородных линий для проезда в выделенные им под обработку сады и огороды. Инвалидам Отечественной войны предоставлено право на внеочередное приобретение проездных билетов в кассах автовокзалов и пассажирских автостанций, а также на внеочередной прием и исполнение их заказов на транспортно-эксплуатационные услуги по предъявлению специального удостоверения инвалида Отечественной войны.

Сезонные тарифные льготы установлены для инвалидов из числа военнослужащих при полетах газотурбинными самолетами (за исключением полетов заказными рейсами и санитарными воздушными судами), при поездках на пассажирских судах каботажного плавания морского флота СССР (за исключением судов, выполняющих туристские рейсы или работающих на туристских линиях) и при поездках в автобусах междугородных сообщений на территории РСФСР.

## МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Много внимания уделено организации лечебной помощи инвалидам Отечественной войны и другим инвалидам из числа военнослужащих. Эти инвалиды пользуются преимущественным обслужи-

<sup>1</sup> Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по улучшению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной войны», 1980. — Соц. обеспечение, 1980, № 5, с. 3.

ванием в амбулаторно-поликлинических учреждениях, правом на внеочередную госпитализацию. Созданы специальные госпитали для инвалидов Отечественной войны. Эти госпитали не могут быть ликвидированы на местах без согласования с Министерством здравоохранения СССР и Министерством обороны СССР. Инвалидам войны ежегодно выделяется не менее 10% всех путевок на санаторно-курортное лечение.

На основании заключений ВТЭК или лечебных учреждений инвалидам Отечественной войны I и II групп, нуждающимся в лечении, в первую очередь выдаются путевки на санаторно-курортное лечение и в дома отдыха с оплатой проезда в оба конца. Работавшим инвалидам путевки выдаются по месту работы. Не работающие пенсионеры получают путевки в отделах социального обеспечения бесплатно.

Инвалиды I и II групп из числа офицерского состава, прапорщиков, мичманов и военнослужащих сверхсрочной службы Советской Армии и Военно-Морского Флота, нуждающиеся в санаторном лечении, обеспечиваются путевками военкоматами бесплатно.

В случае, когда инвалиды войны после госпитального лечения нуждаются в продолжении лечения в санаторно-курортных условиях, санаторные путевки могут быть выданы бесплатно органами здравоохранения.

Работающим инвалидам Отечественной войны I и II групп при недостаточности очередного и дополнительного отпусков для лечения и проезда в санаторий и обратно выдается больничный листок на недостающее число дней независимо от того, кем и за чей счет предоставлена путевка инвалиду.

Инвалидам Отечественной войны, нуждающимся в диетическом (лечебном) питании, путевки на это питание выдаются в первую очередь.

Инвалидам Отечественной войны всех групп лекарства по рецептам врачей лечебных учреждений выдаются бесплатно и вне очереди.

Всем инвалидам из числа военнослужащих, инвалидам с детства, нуждающимся в протезно-ортопедических изделиях, выдаются бесплатно протезы рук, приспособления и перчатки к ним, протезы ног, шерстяные чехлы на культю, ортопедические аппараты, корсеты и другие протезно-ортопедические изделия<sup>1</sup>.

Инвалидам, пользующимся протезами нижних конечностей, выдается ежегодно одна пара обуви.

Обувь на протезы выдается бесплатно инвалидам войны I, II и III групп, а другим инвалидам I и II групп — за наличный расчет, но со скидкой 50% стоимости.

Слуховыми аппаратами и аппаратами для голосообразования инвалиды войны обеспечиваются протезно-ортопедическими предприятиями бесплатно.

Изготовление протезно-ортопедических изделий, ортопедической обуви осуществляется протезно-ортопедическими предприятиями той области (края), на территории которой проживает инвалид. Для

<sup>1</sup> Инструкция о порядке снабжения населения протезно-ортопедическими изделиями. Утверждена приказом министра социального обеспечения РСФСР 4 декабря 1964 г. № 122 по согласованию с Госпланом РСФСР и М-вом финансов РСФСР. — Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 333.

сдачи заказа инвалид должен предъявить свой паспорт, пенсионное удостоверение, Справку ВГЭК о группе инвалидности.

Протезно-ортопедические изделия выдаются на определенный срок, по истечении которого они заменяются. Переделка или ремонт протезно-ортопедических изделий и обуви в период гарантийного срока должны производиться вне очереди. При этом расходы, связанные с поездкой на протезно-ортопедические предприятия для замены и ремонта указанных изделий в пределах гарантийного срока, оплачиваются протезными предприятиями-изготовителями.

Зубные, челюстные и лицевые протезы выдаются органами здравоохранения бесплатно всем инвалидам Отечественной войны с повреждениями челюстно-лицевой области. Инвалиды Отечественной войны всех групп, не имеющие таких повреждений, имеют право на бесплатное зубное протезирование<sup>1</sup>.

Зубные протезы бесплатно выдаются также инвалидам труда I и II групп, персональным пенсионерам, пенсионерам по возрасту<sup>2</sup>.

Глазные протезы и телескопические очки всем инвалидам Отечественной войны выделяются органами здравоохранения бесплатно.

### БЫТОВОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ИНВАЛИДОВ

Наряду с льготными правилами о первоочередном обеспечении инвалидов Отечественной войны жилой площадью, специальными транспортными средствами, лечебной помощью и протезированием, исполкомы Советов народных депутатов установили своими решениями льготный порядок обслуживания инвалидов банями, прачечными, парикмахерскими, столовыми и другими бытовыми учреждениями и мастерскими.

Инвалидам Отечественной войны и инвалидам из числа военнослужащих, ставших инвалидами при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, неработающим пенсионерам в городах и сельской местности организована продажа промышленных товаров в кредит с рассрочкой платежа до 24 мес, независимо от стоимости товара. С указанных инвалидов при продаже товаров в кредит взимается в пользу торгующих организаций 1% от суммы предоставленного кредита, независимо от рассрочки платежа. Передача инвалидам Великой Отечественной войны приобретаемых ими в кредит товаров производится без оплаты единовременного первоначального взноса<sup>3</sup>.

Министерством торговли СССР циркулярным письмом от 3 сентября 1968 г. № 0150-75 предложено всем торговым организациям и предприятиям оказывать инвалидам Великой Отечественной войны, которым по состоянию здоровья затруднительно самостоятельно производить покупки, всемерную помощь в приобретении ими продовольственных и промышленных товаров, обеспечить прием от них

<sup>1</sup> Приказ М-ва здравоохранения СССР от 3 июля 1946 г. № 417. — В кн.: Трудоустройство инвалидов в СССР. М., 1963; «О мерах по дальнейшему улучшению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной войны». Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 10 ноября 1978 г. № 907. — СП СССР, 1978, № 27, ст. 164.

<sup>2</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 341—343.

<sup>3</sup> «О внесении изменений в Инструкцию о порядке продажи товаров в кредит». Постановление Совета Министров РСФСР от 23 июля 1979 г. № 385, ст. 132. — СП РСФСР, 1979, № 18.

предварительных заказов, доставку товаров на дом и предоставление других дополнительных услуг, а также проявлять особо внимательное отношение при обслуживании их непосредственно в магазинах и предприятиях общественного питания.

Исполкомы местных Советов народных депутатов обязаны выделять в первую очередь инвалидам войны и семьям погибших военнослужащих лучшие земельные участки для индивидуального и коллективного огородничества, близко расположенные к месту их жительства. В первоочередном порядке указанным лицам и семьям выделяются сенокосные и пастбищные участки в зависимости от имеющегося у них скота.

Для улучшения бытового и культурного обслуживания инвалидов войны I и II групп им устанавливаются на дому телефоны без соблюдения очереди (Постановление Совета Министров СССР от 23 февраля 1981 г., № 209. См. Приложения, стр. 547).

Инвалидам войны предоставляется право приобретения билетов в театры и на концерты вне очереди (циркулярное письмо Министерства культуры СССР от 13 июня 1972 г. № 29-103). Инвалидам войны I и II групп по зрению Всероссийское общество слепых (ВОС) выдает бесплатно магнитофоны (постановление Президиума ЦП ВОС от 13 апреля 1970 г. № 9-3).

Огромная помощь в бытовом обеспечении оказывается инвалидам — членам колхозов: строительство и ремонт домов и других построек, обработка приусадебных участков, выделение транспорта для необходимых инвалиду поездок, приобретение протезно-ортопедических изделий за счет колхоза, оплата путевок в санатории и дома отдыха, обеспечение топливом и многие другие виды помощи — деньгами и натурой. Оказание такого рода помощи обычно осуществляется на основании решений правления колхоза или общего собрания колхозников. При этом решения бывают общими, касающиеся всех инвалидов, или индивидуальные, относящиеся конкретно к определенному инвалиду.

Большая роль в улучшении бытового устройства инвалидов принадлежит профессиональным союзам, а также другим общественным организациям, например обществу Красного Креста и Красного Полумесяца и другим организациям.

## ЛЬГОТЫ ПО НАЛОГАМ

От обложения подоходным налогом освобождаются инвалиды войны I и II групп по всем получаемым ими доходам, в том числе и с заработной платы, независимо от размера доходов (Письмо Министерства финансов СССР от 8 июля 1971 г. № 147). Инвалиды Отечественной войны III группы с 1 мая 1980 г. освобождаются от уплаты подоходного налога по полученной заработной плате независимо от ее размера.

Освобождаются от обложения подоходным налогом также все другие инвалиды I и II групп и лица, получающие пенсии по возрасту, доход которых от строений, сельского хозяйства в городских поселениях и других источников не превышает 300 р. в год<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> О подоходном налоге с населения. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 30 апреля 1943 г. — Ведомости Верховного Совета СССР, 1943, № 17.

Инвалиды I и II групп и их супруги освобождаются также от обложения налогом на холостяков, одиноких и малосемейных граждан (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г.).

Освобождаются от уплаты сельскохозяйственного налога: хозяйства, в состав которых входят инвалиды Отечественной войны I или II группы либо другие инвалиды I и II группы из числа военнослужащих, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте; хозяйства инвалидов I или II группы из числа бывших партизан, а также хозяйства других инвалидов I и II групп, приравненных по пенсионному обеспечению к указанным категориям военнослужащих. Хозяйства, в состав которых входят инвалиды труда I или II группы при отсутствии трудоспособных, полностью освобождаются от уплаты налога, а при наличии трудоспособных — сумма налога для этих хозяйств понижается наполовину<sup>1</sup>.

От уплаты сельскохозяйственного налога освобождаются также: хозяйства инвалидов Отечественной войны III группы либо хозяйства других инвалидов III группы из числа военнослужащих, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте. Хозяйства инвалидов III группы из числа бывших партизан, а также хозяйства других инвалидов III группы, приравненных по пенсионному обеспечению к указанным категориям военнослужащих, при достижении этими инвалидами определенного возраста — мужчинами 55 лет, женщинами — 50 лет.

От налога со строений освобождаются строения кооперативов по строительству и эксплуатации коллективных гаражей-стоянок для автомобилей индивидуальных владельцев. Одновременно освобождаются от земельной ренты обслуживающие эти строения участки, предоставленные в постоянное пользование инвалидам Отечественной войны I и II группы либо другим инвалидам I или II группы из числа военнослужащих, ставших инвалидами вследствие ранений, контузий или увечья, полученных при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте, инвалидам I или II группы из числа бывших партизан, а также другим инвалидам I или II группы, приравненным по пенсионному обеспечению к указанным категориям военнослужащих, или членам их семей, совместно проживающим с ними<sup>2</sup>.

Инвалиды войны, отдыхающие в курортных или дачных местностях РСФСР, освобождаются от курортного сбора, а также от государственной пошлины за прописку паспортов.

<sup>1</sup> Закон СССР «О дополнительных льготах по налогам для инвалидов Великой Отечественной войны I и II групп» от 30 ноября 1978 г. — Ведомости Верховного Совета СССР, 1978, № 49, ст. 814. — См. также постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по улучшению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной войны». — Соц. обеспечение, 1980 г., № 5, с. 3.

<sup>2</sup> См. указанные выше: Закон СССР от 30 ноября 1978 г. «О дополнительных льготах по налогам для инвалидов Великой Отечественной войны I и II групп». — Ведомости Верховного Совета СССР, 1978, № 49, ст. 814, и постановление Совета Министров РСФСР от 20 марта 1979 г. № 153, п. 8-а. — СП РСФСР, 1979, № 11, ст. 67.

Инвалиды Отечественной войны и члены семей военнослужащих, погибших на фронте, освобождаются от уплаты государственной пошлины за нотариальное засвидетельствование копий документов, касающихся ранений или болезней, связанных с ранениями, и копий с извещений воинских частей о гибели или пропаже без вести военнослужащих.

## Глава 16

### НАДЗОР И КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ТРУДЕ ИНВАЛИДОВ

В соответствии со ст. 104 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о труде надзор и контроль за соблюдением законодательства о труде и правил по охране труда осуществляют специально уполномоченные на то государственные органы и инспекции, не зависящие в своей деятельности от администрации предприятий (учреждений, организаций) и их вышестоящих органов. Например, Государственный санитарный надзор следит за соблюдением предприятиями (учреждениями, организациями) гигиенических норм, санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил в соответствии с Положением о государственном санитарном надзоре в СССР<sup>1</sup>.

Контроль за соблюдением законодательства о труде осуществляется в порядке, предусмотренном законодательством СССР и союзных республик, Советы народных депутатов и их исполнительные и распорядительные органы. Министерства и ведомства осуществляют внутриведомственный контроль за соблюдением законодательства о труде в отношении подчиненных им предприятий (учреждений, организаций).

Высший надзор за точным исполнением законов о труде всеми министерствами и ведомствами, предприятиями (учреждениями и организациями) и их должностными лицами осуществляется Генеральным Прокурором СССР и подчиненными ему прокурорами союзных республик.

Самое непосредственное отношение к руководству и контролю в области социального обеспечения имеют районные (городские, сельские и поселковые) Советы народных депутатов<sup>2</sup>. Они проводят мероприятия по трудоустройству инвалидов, организуют их профессиональное обучение, обеспечивают организацию производств с использованием труда инвалидов, организуют контроль за правильным и своевременным обеспечением граждан установленными законодательством пенсиями и пособиями, льготами и преимуществами.

<sup>1</sup> Положение о государственном санитарном надзоре СССР. Утверждено постановлением Совета Министров СССР от 31 мая 1973 г. № 361. Охрана труда. Сборник официальных материалов. — М., 1977, с. 145.

<sup>2</sup> Об основных правах и обязанностях районных Советов народных депутатов 19 марта 1971 г. с изменениями и дополнениями от 28 ноября 1978 г. Указ Президиума Верховного Совета СССР. Ведомости Верховного Совета СССР, 1978, № 49, ст. 795.

Местные Советы народных депутатов, их постоянные комиссии и отделы социального обеспечения систематически проверяют выполнение предприятиями (учреждениями и организациями) планов по трудоустройству инвалидов, соблюдение законодательства о труде и создание на производстве условий, соответствующих трудовой рекомендации ВТЭК.

Совет Министров РСФСР возлагает на местные Советы народных депутатов обязанность контролировать выполнение годовых планов расширения сети предприятий для трудоустройства инвалидов, особенно по созданию специальных цехов, мастерских для работы инвалидов, страдающих туберкулезом, нервно-психическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями и инвалидов по зрению, а также планов проведения мероприятий по обеспечению инвалидов надомными видами труда.

Осуществляя надзор за выполнением законодательства о трудоустройстве инвалидов, Советы народных депутатов и их исполкомы содействуют дальнейшему улучшению работы предприятий (учреждений, организаций) по трудовому и материальному обеспечению пенсионеров. Отделы социального обеспечения в процессе проверки предприятий вносят предложения по улучшению условий труда инвалидов, выявляют должности и виды работ, на которых могут быть трудоустроены инвалиды, добиваются разработки и внедрения новых устройств и приспособлений, облегчающих труд инвалидов.

Большую работу по дальнейшему совершенствованию труда инвалидов проводят отделы социального обеспечения, ВТЭК, систематически проверяющие выполнение трудовых рекомендаций на предприятиях. Органы социального обеспечения в своей работе опираются на профсоюзы, их многочисленный актив на предприятиях, на советы пенсионеров, общественные советы при ВТЭК.

В качестве основных задач профсоюзов XXIV, XXV и XXVI съезды КПСС поставили улучшение условий труда и быта трудящихся, усиление контроля за соблюдением трудового законодательства, правил и норм охраны труда и техники безопасности, организацию культурного и здорового отдыха трудящихся<sup>1</sup>, ЦК КПСС в приветствии XVI съезду профсоюзов СССР призвал проявлять повседневную заботу о законных интересах трудящихся, оздоровлении условий труда, соблюдении трудового законодательства<sup>2</sup>. Выполняя эти указания, XVI съезд профсоюзов СССР поручил всем профсоюзным органам разработать и осуществить соответствующие меры, уделив особое внимание членам профсоюза, ушедшим на заслуженный отдых, инвалидам войны и труда<sup>3</sup>.

ОЗОТ (ст. 104) наделяют профсоюзы, а также состоящие в их ведении техническую и правовую инспекции труда правами надзора и контроля за соблюдением законодательства о труде и правил по охране труда.

Общественный контроль за соблюдением законодательства о труде и правил по охране труда осуществляется профессиональными союзами, а также общественными инспекторами и комиссиями ФЗМК профсоюза в соответствии с положениями о них, утверждаемыми

<sup>1</sup> Материалы XXIV съезда КПСС. М., 1971, с. 204. — Материалы XXV съезда КПСС. М., 1976, с. 40—41; 215—218. Материалы XXVI съезда КПСС. М., 1981, с. 66—67.

<sup>2</sup> Материалы XVI съезда профсоюзов СССР. М., 1977, с. 5.

<sup>3</sup> Там же, с. 114.



ВЦСПС. Общественный санитарный контроль осуществляется общественными санитарными инспекторами на предприятиях (в учреждениях, организациях) (КЗоТ РСФСР, ст. 248).

Президиум ВЦСПС обязывает областные, краевые и республиканские советы профсоюзов совместно с органами социального обеспечения и здравоохранения принять меры к улучшению работы ВТЭК, созданию лучших условий инвалидам, проходящим освидетельствование в этих комиссиях. Профсоюзным комитетам поручается оказывать органам социального обеспечения помощь в выявлении на предприятиях и в учреждениях видов работ, на которых могут трудиться инвалиды без ущерба для своего здоровья, содействовать в предоставлении инвалидам работ, отвечающих трудовым рекомендациям ВТЭК, установить контроль за работой предприятий протезной промышленности и за правильностью трудоустройства инвалидов<sup>1</sup>. Советы профсоюзов, все областные (краевые), фабричные, заводские, местные комитеты профсоюзов должны принимать активное участие в разработке и проведении в жизнь местными Советами народных депутатов и хозяйственными организациями мероприятий по улучшению труда инвалидов, по организации их профессионального обучения и по созданию баз для обеспечения работой инвалидов.

Повседневный контроль за выполнением законодательства о труде инвалидов осуществляют фабричные, заводские, местные комитеты профсоюзов. Используя предоставленные законом права, фабзавместкомы имеют возможность своевременно вскрыть и ликвидировать все нарушения установленных для инвалидов правил и норм рабочего времени и отдыха, техники безопасности и производственной санитарии, отступлений от условий труда, рекомендованных инвалидам ВТЭК, и других нарушений администрацией предприятия прав инвалидов<sup>2</sup>.

Фабрично-заводские, местные комитеты профсоюзов должны строго следить за тем, чтобы рабочим и служащим, получившим инвалидность на данном предприятии (организации), при наличии их желания предоставлялась на этих же предприятиях (учреждениях, организациях) работа, соответствующая трудовой рекомендации ВТЭК. Профсоюзные комитеты должны наблюдать за тем, чтобы вакантные должности и работы, на которых может быть использован труд инвалидов, замещались в первую очередь инвалидами.

Особое внимание должно быть уделено контролю за использованием на производстве труда глухих и глухонемых, необходимости сосредоточения их группами, обеспечению инструкторами, переводчиками, воспитателями.

Фабрично-заводские, местные комитеты профсоюза обязаны тщательно проверять наличие достаточных оснований для увольнения инвалидов по инициативе администрации предприятий (учреждений)

---

<sup>1</sup> Постановление Президиума ВЦСПС от 10 июня 1960 г. «О работе органов здравоохранения и социального обеспечения Грузинской ССР по профилактике инвалидности и обслуживанию пенсионеров». — Сборник постановлений Президиума и Секретариата ВЦСПС. Январь — октябрь 1960, 1961, с. 199.

<sup>2</sup> «О работе органов социального обеспечения и профсоюзных организаций Новгородской области по трудовому устройству пенсионеров». — Постановления Секретариата ВЦСПС 1 апреля 1976 г., протокол № 7, п. 7. — Сборник постановлений ВЦСПС 1976 г., апрель — июнь. М., 1976, с. 133.

и организаций). Согласно на увольнение инвалида может быть дано только в тех случаях, когда никакого иного решения принято быть не может, а в случаях незаконного увольнения инвалидов ФЗМК должны привлекать виновных к ответственности<sup>1</sup>.

В целях более широкого привлечения профсоюзного актива к решению вопросов материального обеспечения рабочих и служащих с января 1962 г. при ФЗМК создаются комиссии по пенсионным вопросам.

На обязанности этих комиссий лежит разъяснение рабочим и служащим законодательства о государственных пенсиях; подготовка документов о трудовом стаже, о заработной плате и других документах, необходимых для назначения пенсии; контроль за правильностью внесения в трудовые книжки рабочих и служащих записей о выполняемой работе. При этом руководители предприятий (учреждений и организаций) обязаны беспрепятственно предоставлять трудовые книжки и другие документы о трудовой деятельности рабочих и служащих представителям профсоюзов для проверки, а также выдавать или высылать по требованию профсоюзных органов и комиссий ФЗМК по пенсионным вопросам документы, необходимые рабочим и служащим для назначения пенсии<sup>2</sup>.

Комиссии по пенсионным вопросам следят за предоставлением администрацией предприятий (учреждений и организаций) работы инвалидам в соответствии с рекомендацией ВТЭК, осуществляют контроль за выполнением мероприятий по улучшению условий труда и быта работающих пенсионеров, проверяют правильность выплаты пенсий работающим пенсионерам, выполняют другие функции, связанные с обслуживанием пенсионеров<sup>3</sup>.

Функции контроля и активную роль в улучшении условий труда рабочих и служащих, профилактики заболеваний и травматизма выполняют также комиссии по охране труда и по социальному страхованию ФЗМК, профсоюзные групповые организаторы и страховые делегаты в соответствии с положениями о них (см. Справочник профсоюзного работника. М., 1977).

Вопросы дальнейшего улучшения использования труда инвалидов и пенсионеров по возрасту в народном хозяйстве всегда находятся в поле зрения профсоюзов. При этом профсоюзы не ограничиваются только выполнением контрольных функций, а принимают участие в разработке и проведении в жизнь мероприятий, способствующих улучшению условий труда и быта инвалидов и пенсионеров по возрасту.

Постановление Президиума ВЦСПС от 12 октября 1973 г. обязывает советы и комитеты профсоюзов принять активное участие в осуществлении мероприятий, предусмотренных Постановлением Совета Министров СССР от 14 сентября 1973 г. № 674, о содержании которого было сказано выше (стр. 110).

---

<sup>1</sup> Постановление Секретариата ВЦСПС от 11 сентября 1961 г. Постановление Президиума ВЦСПС от 8 января 1965 г. — Сборник законодательных актов о труде. М., 1970, с. 132.

<sup>2</sup> Постановление Совета Министров СССР и ВЦСПС от 2 января 1962 г. «О расширении участия профсоюзов в решении вопросов пенсионного обеспечения рабочих и служащих». — СП СССР, 1962, № 1, ст. 3.

<sup>3</sup> Положение о комиссии по пенсионным вопросам. Утверждено постановлением Президиума ВЦСПС от 5 января 1962 г. — Социальное страхование в СССР. Сборник официальных материалов. М., 1976, с. 200.

Президиум ВЦСПС обязывает профсоюзные органы принять участие в изучении на местах состава и выявлении желающих поступить на работу трудоспособных пенсионеров по возрасту, инвалидов и других лиц, не занятых в общественном производстве, проверять своевременность сообщения предприятиями и организациями органам по использованию трудовых ресурсов и органам социального обеспечения сведений о вакантных должностях, на которых могут быть использованы инвалиды и пенсионеры по возрасту.

Президиум ВЦСПС требует также систематической проверки правильности использования труда инвалидов в соответствии с трудовой рекомендацией ВТЭК, соблюдения правил охраны труда, правил эксплуатации и содержания предприятий, предназначенных для использования труда инвалидов и пенсионеров по возрасту, а также установления контроля за правильностью использования средств, выделяемых на строительство новых предприятий указанного назначения.

«Советские профсоюзы — влиятельная сила нашего общества<sup>1</sup>», опираясь на которую ВТЭК могут успешно выполнять возложенные на них задачи.

## Глава 17

### МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЯХ

#### ВТЭ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СЕРДЦА (РЕВМОКАРДИТЕ<sup>2</sup>)

В структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения ревматические пороки сердца составляют 24,6%, причем многие больные при первичном освидетельствовании во ВТЭК признаются инвалидами I и II групп.

Активная фаза ревматизма является одной из основных причин временной и стойкой утраты трудоспособности у больных ревматическими пороками сердца. Согласно общепринятой классификации, различают 3 степени активности ревматического процесса. По течению принято выделять острое, подострое, затяжно (вялое), непрерывно рецидивирующее и латентное.

Активность III степени характеризуется острым ревмокардитом, выраженной недостаточностью кровообращения, упорно не поддающейся лечению, увеличением границ сердца, динамичностью изменений электрокардиограммы, нейтрофильным лейкоцитозом (более  $10 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ свыше 30 мм/ч, СРБ (+++), повышением уровня фибриногена крови до 1 г%, увеличением содержания фракции  $\alpha_2$ -глобулинов до 17% и  $\gamma$ -глобулинов до 25%, нарастанием (в 3–5 раз по отношению к норме) титра антистрептокиназы и антистрептогалактуронидазы, повышением проницаемости капилляров II–III степени.

Активность II степени характеризуется подострым ревмокардитом с недостаточностью кровообращения I и II-а степени, увеличе-

<sup>1</sup> Речь Генерального секретаря ЦК КПСС т. Л. И. Брежнева 21 марта 1977 г. на открытии XVI съезда профсоюзов СССР. — Материалы XVI съезда профсоюзов СССР. М., 1977, с. 9.

<sup>2</sup> См. литературу № 1, 2, 3.

нием размеров сердца, различными нарушениями проводимости и возбудимости, регистрируемыми на ЭКГ, нейтрофильным лейкоцитозом ( $8-10 \cdot 10^9/\text{л}$ ), СОЭ до  $20-30$  мм/ч, СРБ (+ +), увеличением содержания фракции  $\alpha_2$ -глобулинов до 16% и  $\gamma$ -глобулинов до 23%, нарастанием титра антистрептокиназы и антистрептогалактуронидазы в 2 раза по отношению к норме, повышением проницаемости капилляров II степени.

Активность I степени характеризуется затяжным, вялым или латентным ревмокардитом, чаще на фоне ранее развившегося порока сердца, сердечной недостаточностью различной степени, увеличением границ сердца, признаками коронарной недостаточности, нарушениями ритма и проводимости, регистрируемыми на ЭКГ, увеличением СОЭ, положительной реакцией на СРБ, увеличением содержания фракции  $\gamma$ -глобулинов и уменьшением альбуминов крови, незначительным повышением сиаловых кислот крови, титра антистрептокиназы и антистрептогалактуронидазы, повышением проницаемости капилляров в пределах I-II степени.

Больные ревматизмом в активной фазе (II и III степень) являются временно нетрудоспособными и подлежат госпитализации. Длительность временной нетрудоспособности составляет от 2 до 4 мес. Больной может быть выписан из стационара после стойкого улучшения состояния и нормализации показателей всех острофазовых реакций. В дальнейшем целесообразно лечение в условиях ревматологического диспансера или кардиологического санатория в течение I-1,5 мес.

В тех случаях, когда длительность больничного листа превышает 4 мес, больной должен быть освидетельствован во ВТЭК. Если процесс непрерывно рецидивирует, нарастают явления сердечной недостаточности и отсутствует эффект от лечения, больному устанавливается II группа инвалидности, а при необходимости постоянного постороннего ухода — I группа инвалидности.

В тех случаях, когда в результате лечения наступают положительные сдвиги в состоянии больного и есть основания полагать, что в дальнейшем он сможет приступить к работе, ему продлевают больничный листок. В дальнейшем больные могут выполнять работу с незначительным физическим и умственным напряжением, в благоприятных метеоусловиях. Рациональное трудоустройство в необходимых случаях осуществляется по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Если перевод на другую работу связан со снижением квалификации, больные при освидетельствовании во ВТЭК признаются инвалидами III группы.

Больные с вялотекущим ревмокардитом признаются временно нетрудоспособными на период проведения полного курса антиревматической терапии в стационарных условиях и лечения в санаториях кардиологического типа. Продолжительность временной нетрудоспособности при минимальной степени активности составляет от 1,5 до 4 мес. Трудоспособность больных после лечения зависит от состояния миокарда, степени сердечной недостаточности и коронарной недостаточности, характера клапанного порока сердца, поражения других органов и систем, а также от социальных факторов. Всем больным с вялотекущим ревмокардитом противопоказана работа, связанная со значительным, даже эпизодическим, физическим напряжением, постоянным умеренным физическим напряжением, в неблагоприятных метеоусловиях.

При развитии у больных с вялым течением ревматического процесса выраженных признаков сердечной недостаточности или коронарной недостаточности, очаговых неврологических симптомов вследствие поражения головного мозга клинический и трудовой прогноз на ближайшие 12 мес считается неблагоприятным. Больным в подобных случаях устанавливается II группа инвалидности.

Если у больных с вялотекущим ревмокардитом наступают значительные изменения миокарда, развивается сердечная недостаточность I или II степени, а также отмечаются признаки нерезко выраженного поражения других органов, они подлежат направлению во ВТЭК. Подобные больные часто нуждаются в значительном сокращении объема производственной деятельности или переводе на другую, не противопоказанную им работу со снижением квалификации. В этих случаях больным устанавливается III группа инвалидности.

Трудоспособными при вялотекущем ревматическом процессе следует считать больных, не имеющих признаков сердечной недостаточности или если последняя не превышает I степени, и выполняющих работу с незначительным физическим (швея-мотористка, кладовщик, фасовщик мелких деталей) или умеренным нервно-психическим (контролер ОТК, канцелярский труд, врач, инженер) напряжением в благоприятных санитарно-гигиенических условиях. Как показывают длительные наблюдения, вялотекущий ревматический процесс значительно реже обостряется и прогрессирует, если больные рационально трудоустроены.

### ВТЭ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА<sup>1</sup>

Оценка трудоспособности больных пороками сердца требует учета особенностей течения ревматического процесса, характера клапанного поражения, выраженности морфологических изменений миокарда, нарушений ритма сердца, состояния кровообращения, степени эффективности терапевтических мероприятий, а также характера трудовой деятельности и условий труда больных.

Ревматическая митральная недостаточность (недостаточность митрального клапана). При отсутствии сердечной недостаточности трудоспособность больных чаще всего сохранена. Однако им противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением, выполняемая в неблагоприятных метеорологических условиях. В отдельных случаях на период рационального трудоустройства больным может быть определена III группа инвалидности.

При развитии начальных признаков сердечной недостаточности больные являются временно нетрудоспособными. Сроки временной нетрудоспособности зависят, в частности, от степени активности и характера течения ревмокардита.

При стойкой сердечной недостаточности I степени больные могут выполнять работу, связанную с незначительным физическим напряжением, а также административно-хозяйственную или канцелярскую работу. Больным противопоказан тяжелый и средний физический труд. Если рациональное трудоустройство связано со снижением квалификации или необходимостью ограничения объема производственной деятельности, больным устанавливается III группа.

При сердечной недостаточности II степени и неэффективности терапевтических мероприятий больные признаются нетрудоспособны-

<sup>1</sup> См. литературу № 4—8.

ми в обычных производственных условиях, однако им можно рекомендовать работать на дому. При III степени недостаточности кровообращения больные нуждаются в постоянном постороннем уходе, и им определяется I группа инвалидности.

**Митральный стеноз** (сужение левого венозного отверстия) развивается в среднем через 3—5 лет после первой атаки ревматизма. Клинические признаки заболевания возникают при уменьшении площади левого венозного отверстия до 2 см<sup>2</sup>. У больных определяются хлопающий I тон на верхушке, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, диастолический (пресистолический) шум на верхушке сердца и в точке Боткина. Рентгенологически определяется «митральная» конфигурация сердца. Выраженность расстройств гемодинамики зависит от степени легочной гипертензии (табл. 1). Наиболее частыми осложнениями при стенозе левого венозного отверстия являются мерцательная аритмия, тромбоэмболии большого и малого круга кровообращения, ухудшающие клинический и трудовой прогноз.

Основными критериями оценки трудоспособности больных с митральным стенозом являются частота, продолжительность и выраженность рецидивов ревмокардита, степень сужения левого атриовентрикулярного отверстия, степень легочной гипертензии и сердечной недостаточности, характер нарушений ритма сердца, другие осложнения ревматизма, сопутствующие заболевания, социальные факторы.

В I стадии стеноза (по Бакулеву) больным противопоказан труд в неблагоприятных микроклиматических условиях, связанный даже с эпизодическим тяжелым физическим напряжением, длительной ходьбой. Им доступен умственный и легкий физический труд в благоприятных микроклиматических условиях. Больные митральным стенозом II и III стадии (по Бакулеву) с легочной гипертензией I и II степени при отсутствии абсолютных противопоказаний могут быть подвергнуты митральной комиссуротомии, и в дальнейшем их трудовой прогноз зависит от результатов операции. Больным с легочной гипертензией I степени (II стадия стеноза по Бакулеву), которым не производилась митральная комиссуротомия, противопоказана работа, связанная с тяжелым и постоянным умеренным физическим напряжением. Им доступен легкий физический и умственный труд с умеренным нервно-психическим напряжением. При легочной гипертензии II степени (III стадия стеноза по Бакулеву) больным противопоказана работа, связанная с постоянным умеренным физическим напряжением. В подобных случаях доступен труд с незначительным физическим напряжением, не связанный с длительным пребыванием на ногах, ходьбой, а также умственный труд небольшого объема. Больные с III степенью легочной гипертензии (IV и V стадия стеноза по Бакулеву) признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. В тех случаях, когда они нуждаются в постоянном постороннем уходе, им определяется I группа инвалидности.

Развитие мерцательной аритмии снижает трудоспособность больных митральным стенозом, и они значительно чаще, чем больные с синусовым ритмом, признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

Тромбоэмболические осложнения также снижают трудоспособность больных митральным стенозом. Прогностически наиболее неблагоприятна тромбоэмболия сосудов головного мозга, нередко приводящая к полной потере трудоспособности в обычных производственных условиях. В ряде случаев больные с тяжелыми послед-

Т а б л и ц а 1. Степень легочной гипертензии (по Л. И. Фогельсону, 1965)

Признаки	I степень	II степень	III степень
Субъективные данные	Одышка и сердцебиение при физическом напряжении	Одышка и сердцебиение при незначительном физическом напряжении	Постоянная одышка
Число дыханий в 1 мин	16—20	20—24	24—30
Число сердечных сокращений в 1 мин	70—80	80—90	Более 90
Цианоз	Цианоз губ	Ясно выраженный цианоз губ, щек и кончика носа	Диффузный цианоз
Данные аускультации легких	Рассеянные сухие хрипы	Сухие и застойные влажные хрипы	Большое количество сухих и влажных хрипов
Электрокардиограмма	Расширение зубцов $P_2$ и $P_3$	Гипертрофия левого предсердия и правого желудочка	То же и мерцательная аритмия
ЖЕЛ	Снижена	Значительно снижена	30—50 % должной
Рентгенологические данные	Застойные явления в корнях легких	Застойные явления в корнях легких, расширение и пульсация сосудистого пучка	Увеличение правого желудочка, выпячивание дуги легочной артерии
Правожелудочковая недостаточность	Нет	Нет	Есть

ствиями инсульта нуждаются в постоянном постороннем уходе и признаются инвалидами I группы.

Мероприятия по реабилитации больных митральным стенозом включают достаточное по продолжительности и качеству лечение, в том числе оперативное, систематическую лечебную физкультуру, санаторно-курортное лечение, регулярное противорецидивное лечение, рациональное трудоустройство.

Митральный стеноз с недостаточностью (сочетанный митральный порок сердца) встречается у 60 % больных с поражением митрального клапана. Клиническая картина и экспертиза трудоспособности определяются преобладанием стеноза или недостаточности.

Ревматическая митральная недостаточность (недостаточность аортального клапана). Компенсация порока осуществляется левым желудочком, и поэтому недостаточность кровообращения в течение дли-

тельного времени не развивается. Однако в связи с низким диастолическим давлением у больных нередко формируется хроническая коронарная недостаточность, вследствие которой ухудшается клинический и трудовой прогноз.

Различают 3 степени недостаточности аортального клапана. I степень характеризуется незначительным расширением границ сердца влево. Верхушечный толчок усилен. Выслушивается протодиастолический шум небольшой интенсивности в точке Боткина (на фонокардиограмме шум может не регистрироваться). ЭКГ нормальная или указывает на гипертрофию левого желудочка. II степень отличается значительным расширением границ сердца влево и вниз, усиленной пульсацией сердца, сонных артерий, «капиллярным пульсом». В точке Боткина и во втором межреберье справа от грудины выслушивается диастолический шум, начинающийся сразу за II тоном и занимающий всю диастолу; II тон на аорте может быть умеренно ослабленным. На ЭКГ регистрируются признаки выраженной гипертрофии левого желудочка. III степень проявляется резким расширением границ сердца влево и вниз (более чем на 2 см), выраженным сердечным толчком, «пляской каротид», капиллярным пульсом. При аускультации определяются резко ослабленный II тон на аорте и интенсивный диастолический шум, максимально выраженный во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. На ЭКГ выявляются признаки гипертрофии левого желудочка, изменения конечной части желудочкового комплекса.

Трудоспособность больных зависит от степени порока аортального клапана, поражения сердечной мышцы, недостаточности кровообращения, коронарной недостаточности.

При нерезко выраженной I степени недостаточности аортального клапана, отсутствии недостаточности кровообращения и нарушений коронарного кровообращения больные вне активной фазы ревматизма длительное время остаются трудоспособными, даже в профессиях физического труда.

При недостаточности аортального клапана II и III степени, часто сочетающейся с выраженными дистрофическими изменениями миокарда, круг доступных профессий сужается. Больным противопоказан тяжелый физический труд, однако они могут выполнять все виды умственного, а также физического труда с умеренным и легким напряжением. При необходимости уменьшения объема производственной деятельности или переводе на другую, показанную работу более низкой квалификации больные признаются ограниченно трудоспособными.

При сочетании выраженной недостаточности аортального клапана с коронарной недостаточностью I степени и вялотекущим ревмокардитом больные в большинстве случаев признаются инвалидами III группы. Хроническая коронарная недостаточность II степени может служить основанием для определения стойкой утраты трудоспособности в обычных производственных условиях.

Присоединение недостаточности кровообращения II—III степени также ведет к полной утрате трудоспособности больных в обычных производственных условиях, а в ряде случаев они нуждаются в постоянном постороннем уходе и признаются инвалидами I группы.

Ревматический аортальный стеноз (стеноз устья аорты) почти не встречается изолированно и чаще диагностируется в сочетании с недостаточностью аортального клапана. Оценка трудоспособности больных соответствует таковой при недостаточности аортальных клапанов.



Болезни трехстворчатого клапана в качестве изолированного порока встречаются крайне редко и обычно присоединяются к порокам митрального клапана.

Клиническая картина характеризуется увеличением правого желудочка и правого предсердия, вздутием шейных вен, усилением эпигастральной пульсации. Аускультативно у основания мечевидного отростка определяется систолический шум, усиливающийся на вдохе. На ЭКГ отмечаются признаки гипертрофии правого желудочка. Развитие порока трехстворчатого клапана быстро приводит к тяжелой правожелудочковой недостаточности. В большинстве случаев больные к профессиональному труду непригодны и признаются инвалидами II или I группы.

**Комбинированные пороки сердца** представляют собой сочетание пороков митрального и аортального клапанов. Трудоспособность больных зависит от преобладания того или иного порока сердца и степени сердечной недостаточности. Трудовой прогноз при правожелудочковой недостаточности более благоприятный, чем при левожелудочковой.

На состояние трудоспособности больных комбинированными пороками влияют нарушения ритма сердца. Особое значение имеют полная атриозентрикулярная блокада с синдромом Стокса—Адамса и пароксизмальная тахикардия, при которых больным противопоказана работа на конвейере, в горячих цехах, связанная с вождением транспорта, пребыванием на высоте и т. д. Больные, страдающие указанными нарушениями ритма и проводимости, нередко нуждаются в профессиональных перемещениях, которые могут вести к снижению квалификации и необходимости установления в связи с этим III группы инвалидности. Однако при тяжелых и частых приступах пароксизмальной тахикардии и синдрома Стокса—Адамса больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях (инвалидами II группы).

Появление экстрасистол и блокады ножек предсердно-желудочкового пучка (пучка Гиса) не оказывает существенного влияния на трудоспособность больных пороками сердца. Иногда причиной утраты трудоспособности больных являются органические изменения центральной нервной системы, вызванные ревматическим процессом.

## ВТЭ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА<sup>1</sup>

Диагностика врожденных пороков сердца требует применения специальных методов исследования (катетеризация, зондирование, ангиокардиография).

Классификация врожденных пороков сердца построена на принципе оценки легочного кровотока:

1. Пороки сердца с неизменным легочным кровотоком — коарктация аорты, аортальный стеноз.
2. Пороки сердца с уменьшенным легочным кровотоком — изолированный стеноз легочной артерии, тетрада Фалло.
3. Пороки сердца с увеличенным легочным кровотоком — дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток.

**Врожденные пороки с неизменным легочным кровотоком.** Клиническая картина *коарктации аорты* достаточно характерна. Больные

<sup>1</sup> См. литературу № 9.

предъявляют жалобы на постоянные головные боли, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, иногда боли в ногах типа перемежающейся хромоты. При исследовании обнаруживаются гипертрофия левого желудочка, грубый систолический шум на аорте, повышенное артериальное давление на верхних конечностях и низкое артериальное давление на нижних конечностях. Наблюдается атрофия мышц ног.

Выделяются 3 стадии коарктации аорты в зависимости от уровня артериального давления на верхних конечностях. I стадия характеризуется повышением систолического артериального давления до 20 кПа (150 мм рт. ст.), II стадия — до 26,7 кПа (200 мм рт. ст.), III стадия — более 26,7 кПа (200 мм рт. ст.).

Среди осложнений коарктации аорты наибольшее значение имеют сердечная недостаточность по левожелудочковому типу, церебральные кризы, инсульты, бактериальный эндокардит. Хирургическая коррекция порока, произведенная в ранние сроки, нередко ведет к значительному снижению артериального давления и в ряде случаев к полному клиническому излечению и восстановлению трудоспособности.

Больным с коарктацией аорты противопоказаны те же виды и условия труда, что больным гипертонической болезнью. Больные коарктацией аорты I и II стадии без выраженной сердечной недостаточности и других осложнений, как правило, признаются ограниченно трудоспособными. При развитии стойкой сердечной недостаточности II—III степени больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

Присоединение бактериального эндокардита, развитие инсульта значительно нарушают трудоспособность больных. Степень нарушения трудоспособности в каждом случае определяется активностью, характером течения и выраженностью последствий указанных осложнений.

*При изолированном аортальном стенозе* больные предъявляют жалобы на одышку, сердцебиение, боли в области сердца, головокружение. Отмечаются бледность кожных покровов, систолическое «кошачье мурлыканье» во втором межреберье справа от грудины на проекции клапана аорты. Перкуторно и рентгенологически устанавливается выраженная гипертрофия левого желудочка, при аускультации — грубый систолический шум на аорте, проводящийся на шею и спину. Систолическое давление снижено, минимальное — в норме. Ударный объем сердца уменьшен. На ЭКГ, кроме выраженной гипертрофии левого желудочка, определяются признаки хронической коронарной недостаточности. Наиболее серьезными осложнениями являются бактериальный эндокардит и сердечная недостаточность по левожелудочковому типу.

Состояние трудоспособности больных зависит от степени нарушений коронарного и мозгового кровообращения. При отсутствии указанных нарушений больные длительное время остаются трудоспособными. Развитие симптомов хронической недостаточности мозгового и коронарного кровообращения ограничивает трудоспособность больных в профессиях, связанных с вождением транспорта, опасностью травматизма, физическим и нервно-психическим напряжением.

Как правило, больные, у которых нет признаков сердечной недостаточности, остаются трудоспособными в своей профессии. При сердечной недостаточности I степени больные, работающие в профессиях тяжелого и среднего физического труда, признаются ограниченно трудоспособными, а в профессиях умственного труда — трудоспособными. При сердечной недостаточности II и III степени больным

чаще всего устанавливается II группа инвалидности; если они нуждаются в постоянном постороннем уходе — I группа инвалидности.

**Врожденные пороки с уменьшенным легочным кровотоком.** *Изольированный стеноз легочной артерии* в легких случаях протекает бессимптомно. При выраженном стенозе появляются одышка, обмороки, иногда обнаруживаются изменения пальцев типа «барабанных палочек». При аускультации определяются грубый систолический шум во втором — третьем межреберье слева от грудины и ослабленный II тон. На ЭКГ регистрируется правограмма, на рентгенограмме — постстенотическое расширение легочной артерии.

Состояние трудоспособности больных зависит от степени сердечной недостаточности, формирующейся по правожелудочковому типу, и социальных факторов. При отсутствии сердечной недостаточности больные признаются трудоспособными, при сердечной недостаточности I степени — ограниченно трудоспособными в профессиях тяжелого и среднего физического труда, при сердечной недостаточности II степени — нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

*Тетрада Фалло* включает сужение легочной артерии, дефект межжелудочковой перегородки, смещение устья аорты вправо, гипертрофию правого желудочка. Больные жалуются на одышку и сердцебиение. Цианоз, как правило, значительно выражен. На ЭКГ определяются правограмма, блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка, увеличение зубца Р во II и III стандартных отведениях.

Состояние трудоспособности больных зависит от степени сердечной недостаточности, формирующейся по лево- и правожелудочковому типу. Больные тетрадой Фалло чаще являются нетрудоспособными в обычных производственных условиях и изредка признаются ограниченно трудоспособными.

**Врожденные пороки с увеличенным легочным кровотоком.** *Дефект межжелудочковой перегородки* — один из самых частых врожденных пороков сердца. Аускультативно определяются грубый систолический шум в третьем межреберье слева у грудины, иногда диастолический шум вследствие относительного митрального стеноза. Сердце увеличено за счет левого желудочка. На ЭКГ выявляется картина блокады правой ножки предсердно-желудочкового пучка.

Состояние трудоспособности больных обуславливается стадией порока. I стадия характеризуется наличием объективных признаков порока. Уровень давления в легочной артерии не превышает 4 кПа (30 мм рт. ст.). II стадия характеризуется жалобами больных на одышку и сердцебиение, увеличением границ сердца в обе стороны, грубым систолическим шумом во втором и третьем межреберье слева, акцентом II тона на легочной артерии. Давление в легочной артерии достигает 4,13–8 кПа (31–60 мм рт. ст.). Больные в этой стадии, как правило, признаются ограниченно трудоспособными. III стадия характеризуется жалобами больных на одышку, головокружение, обмороки. Артериальное давление в легочной артерии составляет 8,13–13,3 кПа (61–100 мм рт. ст.). Определяются выраженные нарушения гемодинамики как в малом, так и в большом круге кровообращения. Больные чаще всего признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях либо ограниченно трудоспособными. IV стадия отличается развитием сердечной недостаточности III степени, вследствие чего больные признаются инвалидами II группы.

*Дефект межпредсердной перегородки* проявляется систолическим шумом во втором межреберье слева у грудины и нередко диастоли-

ческим шумом на верхушке. Рентгенологически определяются выбухание ствола легочной артерии, усиленная пульсация корней легких, увеличение сердца. На ЭКГ выявляется картина блокады правой ножки предсердно-желудочкового пучка.

Состояние трудоспособности больных зависит от степени выраженности порока. При нормальном или незначительно повышенном давлении в легочной артерии, отсутствии расширения границ сердца вправо больные обычно остаются трудоспособными в своей профессии. В случае повышения давления в легочной артерии, достигающего 30—70 % давления в аорте, больные чаще всего признаются ограниченно трудоспособными. При одинаковом уровне давления в легочной артерии и аорте отмечаются снижение насыщения крови кислородом до 84 %, выраженный цианоз губ, акроцианоз. Рентгенологически определяется увеличение левого предсердия и правого желудочка, на ЭКГ — блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка, высокий  $R_{II-III}$ . Больным в подобных случаях чаще всего устанавливается III и II группа инвалидности с учетом профессии и конкретных условий трудовой деятельности. По мере прогрессирования сердечной недостаточности больные полностью утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях.

*Открытый артериальный проток* (открытый боталлов проток) составляет 25 % всех врожденных пороков сердца. Больные предъявляют жалобы на одышку и сердцебиение при физической нагрузке. Границы сердца увеличиваются по мере прогрессирования заболевания. При аускультации определяются интенсивный систолический и диастолический шум во втором межреберье слева и усиленный II тон на легочной артерии. На ЭКГ выявляется блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка.

Состояние трудоспособности больных зависит от стадии порока.

I стадия характеризуется отсутствием признаков сердечной недостаточности. Больные сохраняют трудоспособность в обычных производственных условиях. Во II стадии наблюдается умеренное повышение давления в малом круге, достигающее 30—70 % давления в аорте. Больным в этой стадии противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением, а также в неблагоприятных микроклиматических условиях, и в соответствующих случаях они признаются ограниченно трудоспособными. Лица легкого физического и умственного труда сохраняют трудоспособность в своей профессии. В III стадии наблюдаются дальнейшее повышение давления в легочной артерии, гипертрофия правого желудочка, цианоз вследствие обратного сброса крови через дефект. Лица физического труда признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях, лица умственного труда — ограниченно трудоспособными. IV стадия открытого артериального протока характеризуется высокой степенью гипертонии малого круга и резким нарушением общесистемной гемодинамики. Развивается сердечная недостаточность II и III степени. Больным устанавливается II или I группа инвалидности.

## ВТЭ ПРИ МИОКАРДИТАХ И МИОКАРДИТИЧЕСКОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ<sup>1</sup>

Миокардиты этиологически чаще всего бывают связаны с гриппом, ревматизмом, дифтерией, тонзиллитом, пневмонией и другими бактериальными или вирусными инфекциями.

<sup>1</sup> См. литературу № 10, 11.

По течению различают острый и хронический миокардит, по распространенности — очаговый или диффузный.

Врачебно-трудовая экспертиза при острых миокардитах. Клиника острого диффузного миокардита характеризуется болями в области сердца, одышкой, сердцебиением, нарушениями ритма сердца. При исследовании больных обнаруживаются стойкая тахикардия, реже брадикардия, расширение границ сердца в обе стороны, систолический шум на верхушке, ритм галопа, снижение артериального давления, повышение температуры тела, появление положительной реакции на СРБ, увеличение содержания фракции  $\alpha_2$ -глобулинов, сиаловых кислот и т. п.

На электрокардиограмме регистрируются диффузные мышечные изменения, различные нарушения ритма и проводимости. Между изменениями ЭКГ и степенью нарушений сократительной функции миокарда нет строгого параллелизма, поэтому для оценки состояния миокарда необходимы дополнительные исследования внутрисердечной (поликாரдиография) и общесистемной (ударный объем, скорость кровотока) гемодинамики. Длительность временной нетрудоспособности при острых миокардитах зависит от состояния организма, характера и тяжести инфекции, степени поражения миокарда.

Трудоспособность больных может быть восстановлена после нормализации температуры тела, показателей крови, стабилизации или исчезновения электрокардиографических изменений, характерных для острого миокардита, а также нормализации реакций системы кровообращения на физическую нагрузку. В среднем длительность временной нетрудоспособности составляет 1—2 мес. Больным, перенесшим острый миокардит, по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений следует временно запретить работу, связанную с тяжелым, даже эпизодическим, физическим напряжением.

При тяжелом течении острого миокардита, длительном сохранении симптомов сердечной недостаточности или выраженных нарушений ритма больной должен быть направлен на ВТЭК. Степень стойкой утраты трудоспособности определяется с учетом клинического течения заболевания, сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца, социальных факторов. После тяжелого диффузного миокардита больным противопоказана работа, связанная с умеренным физическим напряжением, в неблагоприятных метеоусловиях. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе, основанном на стойком улучшении клинических и электрокардиографических показателей, а также отсутствии противопоказанных факторов в условиях труда больного, может быть продлен больничный листок свыше 4 мес. При острых очаговых миокардитах сроки временной нетрудоспособности определяются характером инфекции, вызвавшей миокардит. С прекращением инфекции все симптомы очагового миокардита проходят и трудоспособность больных восстанавливается.

Врачебно-трудовая экспертиза при хроническом миокардите и миокардитическом кардиосклерозе. Этиология хронического миокардита чаще всего связана с острой или хронической инфекцией (ревматизм, туберкулез, сифилис, хронический тонзиллит). Хронический миокардит характеризуется клиническими и электрокардиографическими симптомами диффузного поражения миокарда. После окончания воспалительного процесса в миокарде у некоторых больных формируется миокардитический кардиосклероз, для которого характерны симптомы стойкой сердечной недостаточности и нарушения ритма сердечной деятельности.

Миокардитическим кардиосклерозом чаще страдают женщины в возрасте 31—50 лет. При исследовании больных отмечается расширение границ сердца в обе стороны; на ЭКГ преобладают изменения конечной части желудочкового комплекса; на поликардиограмме определяется увеличение фазы изометрического сокращения. При реографии легких чаще устанавливаются изменения правого желудочка.

Изменения ЭКГ и поликардиограммы у больных миокардитическим кардиосклерозом возникают раньше, чем появляются симптомы сердечной недостаточности. Однако в ряде случаев изменения ЭКГ не сопровождаются нарушениями поликардиограммы, что свидетельствует о достаточных компенсаторных возможностях миокарда. Для выявления резервных возможностей миокарда ЭКГ, поликардиограмму и реограмму следует делать до и после дозированной физической нагрузки с динамическим наблюдением за их изменениями в течение 15 мин.

Основными критериями, определяющими состояние трудоспособности больных хроническим диффузным миокардитом, являются этиология, характер течения процесса, степень сердечной недостаточности, нарушения ритма сердца. Временная нетрудоспособность возникает при обострении процесса, и длительность ее зависит от тяжести рецидива. При экспертизе стойкой утраты трудоспособности важное значение имеют характер инфекции, вызвавшей хронический миокардит, и степень нарушения функций других органов и систем. Наименее благоприятный трудовой прогноз — при сифилитическом миокардите; наступающая при этом сердечная недостаточность по правожелудочковому типу трудно поддается лечению.

При ревматическом миокардите трудоспособность больных определяется степенью активности, характером течения ревматизма, локализацией и степенью поражения клапанного аппарата, состоянием кровообращения (см. раздел «Пороки сердца»).

При инфекционно-аллергическом миокардите трудовой прогноз благоприятный, и состояние трудоспособности больных определяется характером течения заболевания, степенью сердечной недостаточности, социальными факторами. При благоприятном течении заболевания и отсутствии признаков недостаточности кровообращения больным доступен широкий круг профессий физического труда с незначительным напряжением и все виды умственного труда. В тех случаях, когда рациональное трудоустройство связано с ограничением объема производственной деятельности или сопровождается снижением квалификации, больным определяется III группа инвалидности. Нетрудоспособными в обычных производственных условиях признаются больные, страдающие миокардитом Абрамова — Фидлера, при котором развиваются тяжелая сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, тромбоэмболии и другие осложнения.

Состояние трудоспособности при миокардитическом кардиосклерозе зависит прежде всего от этиологии, степени поражения миокарда, состояния кровообращения, характера нарушений ритма, резервных возможностей мышцы сердца, социальных факторов.

При ревматическом миокардиосклерозе в оценке трудоспособности больных играет роль степень поражения миокарда в сочетании с различными пороками сердца.

Трудоспособность обычно выше у лиц с митральной недостаточностью и ниже при митральном стенозе. Основное значение приобретают в подобных случаях степень сердечной недостаточности и характер нарушения ритма сердца.

Лица молодого возраста, у которых миокардитический кардиосклероз не обуславливает выраженных нарушений функции миокарда и, в частности, сердечной недостаточности, длительное время остаются трудоспособными в профессиях физического труда. По мере развития сердечной недостаточности трудоспособность больных снижается и определяется степенью ее выраженности, результатами лечения, социальными факторами. Больным с сердечной недостаточностью I степени противопоказан тяжелый физический труд; II степени — труд, связанный с постоянным умеренным физическим напряжением и выраженным нервно-психическим напряжением. При наступлении стойкой сердечной недостаточности II и III степени больные полностью утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях.

Выявление скрытой сердечной недостаточности и резервных возможностей миокарда по данным поликардиографии, ЭКГ, исследований гемодинамики под влиянием дозированной физической нагрузки требует рационального трудоустройства больных и тем самым способствует профилактике инвалидности.

При оценке трудоспособности больных миокардитическим кардиосклерозом необходимо учитывать характер нарушения ритма сердца.

### ВТЭ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ<sup>1</sup>

Ревматоидный артрит — полиэтиологическое заболевание, развитие которого связано с различными инфекционными и неинфекционными факторами. По патогенезу это заболевание относится к группе коллагенозов.

В диагнозе ревматоидного артрита следует отразить стадию заболевания, характер течения (острое, подострое, хроническое), степень активности процесса и степень нарушения функции суставов.

Острое течение ревматоидного артрита характеризуется быстрым развитием клинической симптоматики, высокой температурой, выраженными изменениями показателей лабораторных проб. Больные являются временно нетрудоспособными. При подостром течении наблюдаются частые рецидивы на фоне постоянно активного процесса, быстрое развитие деформации, контрактур и анкилозов суставов. Больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Ревматоидный артрит хронического течения отличается сравнительно благоприятным клиническим и трудовым прогнозом — деформация и нарушение функций суставов развиваются медленно.

В установлении стадий ревматоидного артрита большую роль играет рентгенологический метод исследования. В I (экссудативной) стадии рентгенологически определяются выпот внутри суставов и начальные проявления остеопороза. Во II (экссудативно-пролиферативной) стадии выявляются отчетливые изменения костно-суставного аппарата: инфильтрация суставной капсулы, деструктивные изменения суставных концов и сужение межсуставной щели. В III (фиброзно-склеротической) стадии отмечаются множественные костные анкилозы и выраженный деформирующий артроз.

Различают 3 степени активности ревматоидного артрита. Минимальная активность характеризуется небольшими болями в суставах и утренней скованностью, продолжающейся 1—2 ч. Экссудативные проявления артрита отсутствуют: СРБ ( $\pm$ ), СОЭ — 20 мм/ч; содержание фибриногена в крови и сиаловых кислот в норме или слегка

<sup>1</sup> См. литературу № 12, 13, 14.

повышено. Увеличено содержание  $\alpha_2$ - и  $\gamma$ -глобулинов. Распознаванию минимальной активности способствует определение глюкопротеидов (серомукоида, нейраминовой кислоты, нейтральных гексоз) в сыворотке крови, а также церулоплазмينا. Умеренная активность отличается интенсивными болями в пораженных суставах, возникающими при движении и в покое; припухлостью и выпотом в полость суставов, субфебрильной температурой тела. Показатели общеприятых лабораторных проб значительно изменены, реакция на ревматоидный фактор положительная. Выраженная активность проявляется слабостью, постоянными болями в суставах, припухлостью и выпотом в полость суставов, потерей аппетита, похуданием, резкоположительной реакцией на СРБ (+++), увеличенной СОЭ до 40 мм/ч. В крови обнаруживается ревматоидный фактор.

Различают 4 степени нарушения функций суставов при ревматоидном артрите. Для I степени амплитуда движений в пораженных суставах не превышает 80°. Выраженность болевого синдрома зависит от активности процесса. Показатели динамометрии кисти незначительно уменьшены (17—31 кг при норме 21—56 кг). Для II степени нарушения функций суставов характерно значительное ограничение движений во всех плоскостях. Объем движений не превышает 45—50°. Динамометрия кисти выявляет значительное снижение показателей мышечной силы (10—23 кг). III степень нарушения функций суставов характеризуется резко выраженными ограничениями движения. Амплитуда движения в пораженных суставах не превышает 15°; динамометрия кисти — 0—11 кг. Определяются деформирующий артроз III стадии и анкилозы. IV степень нарушения функций суставов характеризуется изменениями, соответствующими таковым в III стадии, однако суставы фиксированы в функционально невыгодном положении.

При экспертизе трудоспособности больных ревматоидным артритом необходимо учитывать преимущественное поражение той или иной группы суставов. Заболевание суставов верхних конечностей, нарушение их функций препятствуют выполнению любой ручной работы. Преимущественное поражение суставов нижних конечностей сопровождается нарушением опорно-двигательной функции. Поражение внутренних органов (миокардит, миокардиодистрофия, ревматоидное легкое, амилоидоз и др.) при суставно-висцеральной форме ревматоидного артрита отягощает клинический и трудовой прогноз.

Больные ревматоидным артритом хронического течения I и II стадий сохраняют трудоспособность в обычных производственных условиях. В ряде случаев они нуждаются в рациональном трудоустройстве по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Лица тяжелого физического труда (грузчики, стропали, вагранщики) должны быть переведены на другую работу, не связанную с физическим напряжением, и в этих случаях, по причине снижения квалификации, им определяется III группа инвалидности. При выраженной активности процесса у больных с подострым течением ревматоидного артрита трудоспособность снижается. В связи с частыми рецидивами больные признаются ограниченно трудоспособными в профессиях физического и умственного труда. При непрерывно рецидивирующем течении и выраженной активности процесса больным ревматоидным артритом II и III стадии определяется II группа инвалидности.

Трудоспособность больных ревматоидным артритом зависит также от степени нарушения функций суставов. При нарушении функций суставов I или II степени больные длительное время сохраняют трудоспособность в своей профессии. Им противопоказана работа,



связанная с тяжелым физическим напряжением, нагрузкой на пораженные суставы. При переводе на другую работу со снижением квалификации больным устанавливается III группа инвалидности. В случае нарушения функций суставов III или IV степени трудоспособность больных в обычных производственных условиях утрачивается, иногда они нуждаются в постоянном постороннем уходе и признаются инвалидами I группы.

Рациональное трудоустройство является одним из методов профилактики инвалидности больных ревматоидным артритом. Больные умственного труда длительное время сохраняют трудоспособность в своей профессии.

Противопоказанной является работа в неблагоприятных метеорологических условиях, связанная со значительным физическим напряжением, длительным вынужденным положением тела, требующая высокой точности исполнения.

Наличие у больного ревматоидным артритом поражения крупных суставов обеих нижних конечностей с нарушением их функций III—IV степени, но при сохраненной функции суставов верхних конечностей служит показанием к получению инвалидами мотоколяски с ручным управлением, а инвалидами Отечественной войны и другими инвалидами, приравненными к ним, — автомобиля «Запорожец» с ручным управлением<sup>1</sup>.

## ВТЭ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ<sup>2</sup>

Гипертоническая болезнь является самостоятельным заболеванием, обусловленным первичным нарушением высшей нервной деятельности, корковой и подкорковой регуляции вазомоторной системы с последующим включением в патогенез гуморальных факторов. Социальное значение гипертонической болезни велико. Среди рабочих и служащих, впервые признанных инвалидами вследствие болезни системы кровообращения, около 30 % составляют лица, страдающие гипертонической болезнью, причем в 62 % случаев устанавливаются I и II группы инвалидности.

В возникновении и развитии гипертонической болезни играют роль нервно-психическое и умственное перенапряжение, закрытые травмы черепа, воздействие шума и вибрации. Определенную роль играет избыточное потребление поваренной соли, ожирение. К гуморальным факторам, принимающим участие в патогенезе, относятся прессорная (ренин, ангиотензин II, альдостерон, вазопрессин и т. д.) и депрессорная (калликреин, кинины, простагландины) системы крови. В поздних стадиях гипертонической болезни активность депрессорной системы постепенно снижается, а общее периферическое и почечное сосудистое сопротивление возрастает.

Гипертоническая болезнь у преобладающего большинства больных имеет длительное, медленно прогрессирующее течение, наряду с которым встречается быстро прогрессирующая форма с тяжелым поражением сердца, головного мозга, почек.

<sup>1</sup> Методические указания по применению Перечня медицинских показаний на получение инвалидами мотоколясок с ручным управлением и Перечня медицинских показаний на получение инвалидами Отечественной войны и другими инвалидами из числа военнослужащих автомобилями «Запорожец» с ручным управлением. Утверждены приказом М-ва соц. обеспечения РСФСР от 28 августа 1979 г. № 119.

<sup>2</sup> См. литературу № 15—22.

При экспертизе трудоспособности больных необходимо учитывать стадию гипертонической болезни, клинический вариант течения, состояние функций отдельных органов и систем, частоту и тяжесть кризов. Согласно ВОЗ, нормальным считается артериальное давление, не превышающее 18,5/11,9 кПа (139/89 мм рт. ст.).

I стадия гипертонической болезни характеризуется периодическим повышением артериального давления, преимущественно систолического. Больных беспокоят непостоянные головные боли, головокружение, боли в области сердца. При исследовании сердца иногда определяется акцент II тона на аорте. Наблюдается преходящее сужение артерий сетчатки. Длительность I стадии колеблется в значительных пределах и может достигать 15 лет.

II стадия гипертонической болезни характеризуется умеренным повышением артериального давления, достигающим нормального уровня под влиянием гипотензивной терапии. Длительность течения II стадии может достигать 10 и более лет. Различают несколько клинических вариантов (форм) гипертонической болезни в зависимости от преобладающего поражения сосудов сердца, головного мозга или почек. При кардиальной форме больные жалуются на боли в области сердца, одышку, сердцебиение. Левый желудочек сердца расширен и гипертрофирован, определяются резко выраженный акцент II тона на аорте, нарушения ритма сердца. На ЭКГ отмечаются признаки гипертрофии левого желудочка, диффузные мышечные изменения. На глазном дне выявляется картина гипертонической ангиопатии. Для церебральной формы характерно преобладание симптомов хронической недостаточности мозгового кровообращения. Больные жалуются на постоянные головные боли, головокружение, понижение зрения, ухудшение памяти. В ряде случаев отмечаются явления пирамидной недостаточности, мозжечковые и вестибулярные нарушения, другие расстройства центральной нервной системы. Наблюдаются динамические нарушения мозгового кровообращения с преходящими двигательными, чувствительными, речевыми и другими расстройствами. На глазном дне отмечаются симптомы Гвиста и Салюса. Почечная форма характеризуется высоким и стойким уровнем артериального давления. Больные жалуются на сильные головные боли, тошноту, рвоту, падение зрения. Отмечаются протеинурия, выраженные изменения мочевого осадка, признаки нарушения концентрационной и реабсорбционной функций почек.

III стадия гипертонической болезни характеризуется развитием осложнений, стабильным высоким артериальным давлением. Уровень систолического давления может быть снижен у лиц, перенесших инфаркт миокарда или инсульт. Отмечаются выраженные изменения сетчатки, особенно в области зрительного нерва, очаги кровоизлияний. В моче выявляются альбуминурия, микрогематурия; нарушаются концентрационная и (реже) азотовыделительная функции почек.

В I стадии гипертонической болезни функциональное состояние миокарда нарушается в незначительной степени. На ЭКГ изменений обычно нет, векторкардиограмма (ВКГ) выявляет начальные признаки гипертрофии левого желудочка. Фазовая структура сердечного цикла не изменена. Во II стадии гипертонической болезни на ЭКГ и ВКГ выявляется отчетливая гипертрофия левого желудочка; на поликардиограмме (ПКГ) отмечаются изменения фазовой структуры сердечного цикла. III стадия гипертонической болезни характеризуется нарастающей гипертрофией левого желудочка, изменениями сердечного ритма и проводимости. На поликардиограмме регистрируется значительное

удлинение периода изометрического сокращения и укорочения фазы изгнания.

Функциональное состояние системы кровообращения у больных гипертонической болезнью отражают показатели гемодинамики, определяемые в покое и после нагрузки. В I стадии гипертонической болезни минутный объем, сердечный индекс, внешняя работа сердца, общее периферическое сопротивление, время полного кругооборота крови достоверно увеличены в состоянии покоя, а после дозированной физической нагрузки наблюдается гиперкинетический тип реакции. Во II стадии гипертонической болезни отмечаются уменьшение сердечного выброса и увеличение общего периферического сопротивления, что указывает на нарушение сократительной функции миокарда. После дозированной физической нагрузки наблюдается гипокинетический тип реакции.

Функция внешнего дыхания в I стадии гипертонической болезни не изменена; во II стадии наступает отчетливое снижение функции внешнего дыхания, в частности уменьшение ЖЕЛ и МВЛ, увеличение МОД; в III стадии формируются клинически выраженная легочная недостаточность и соответствующие изменения показателей функции внешнего дыхания.

Важным критерием в экспертизе трудоспособности больных гипертонической болезнью являются характер и частота гипертонических кризов. Под гипертоническим кризом понимается внезапное, относительно кратковременное повышение артериального давления, сопровождающееся клиникой церебральных и кардиальных нарушений. Систолическое давление повышается от исходного на 4–9,33 кПа (30–70 мм рт. ст.), а диастолическое — на 1,33–4 кПа (10–30 мм рт. ст.). Редкими считаются кризы, возникающие 1 раз в год, средней частоты — 3–5 раз в год, частыми — более 5 раз в год. Легкие кризы продолжаются 1–2 ч и быстро купируются под влиянием гипотензивной терапии. Кризы средней тяжести продолжаются 3–4 ч, сопровождаются общемозговыми симптомами или острой левожелудочковой недостаточностью. Тяжелые кризы длятся более суток, сопровождаются расстройствами мозгового кровообращения, потерей сознания, острой сердечной недостаточностью, ангинозными приступами.

Трудоспособность больных гипертонической болезнью определяется следующими факторами: характером течения заболевания, стадией, преимущественным клиническим синдромом, частотой и характером гипертонических кризов, осложнениями, сопутствующими заболеваниями, прежде всего ишемической болезнью сердца, ожирением и сахарным диабетом; возрастом; характером и условиями труда; трудовой направленностью.

Временная нетрудоспособность наступает при гипертонических кризах, развитии нарушений ритма сердца, острой коронарной или левожелудочковой недостаточности, нарушений мозгового кровообращения.

Возникновение гипертонических кризов в I стадии заболевания обуславливает временную нетрудоспособность в течение 5–7 дней. Во II стадии заболевания при легком кризе временная нетрудоспособность продолжается до 10 дней, средней тяжести — до 15 дней, тяжелом — до 3–4 нед; в III стадии заболевания временная нетрудоспособность может продолжаться 4–6 нед. Возникновение левожелудочковой недостаточности, развитие инфаркта миокарда или инсульта приводит к длительной временной нетрудоспособности.

Больные гипертонической болезнью I стадии в подавляющем большинстве случаев остаются трудоспособными в своей профессии. Снижение трудоспособности у незначительного числа больных при наличии у них сопутствующих заболеваний (кардиосклероз, атеросклероз сосудов головного мозга и т. п.) может вызываться необходимостью уменьшения объема производственной деятельности или перевода на другую, не противопоказанную им работу более низкой квалификации. В I стадии заболевания больным противопоказана работа, связанная с тяжелым физическим напряжением, пребыванием на высоте, воздействием сосудистых и аноксемических ядов, высокой температуры, вибрации, шума, работа на конвейере, в ночную смену. При невозможности рационального трудоустройства по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений больным устанавливается III группа инвалидности на I год для приобретения новой профессии.

При гипертонической болезни II стадии трудоспособность больных снижается, но в большинстве случаев полностью не утрачивается. Кроме перечисленных выше условий и видов труда, в этой стадии заболевания, независимо от клинической формы, больным противопоказана работа, связанная с постоянным тяжелым физическим напряжением, перепадами атмосферного давления, значительным нервно-психическим напряжением. Преобладание той или иной клинической формы обуславливает дополнительные ограничения в труде: при кардиальной форме противопоказана работа, связанная с постоянным умеренным физическим напряжением, длительной ходьбой, вынужденным положением тела; при почечной форме — работа, связанная с длительным охлаждением, пребыванием в сыром помещении; при церебральной форме — работа, требующая высокого темпа исполнения, значительного нервно-психического напряжения.

Лица, страдающие гипертонической болезнью II стадии, могут признаваться трудоспособными в показанных профессиях при медленно прогрессирующем или стационарном течении заболевания. Однако в большинстве случаев больным устанавливается III группа инвалидности в связи с необходимостью уменьшения объема производственной деятельности или перевода на другую работу со снижением квалификации. Примерно у 30% больных гипертонической болезнью II стадии трудоспособность в обычных производственных условиях утрачивается. Причинами стойкой или длительной потери трудоспособности (инвалидности II группы) являются сочетание гипертонической и ишемической болезни сердца с хронической коронарной недостаточностью II степени, выраженные последствия нарушений мозгового кровообращения. При быстро прогрессирующем течении гипертонической болезни рано развивающиеся тяжелые нарушения функции системы кровообращения, центральной нервной системы и почек приводят к утрате трудоспособности больных в обычных производственных условиях.

Если больные нуждаются в постоянном постороннем уходе, они признаются инвалидами I группы.

В III стадии гипертонической болезни способность к профессиональному труду полностью утрачивается. Некоторые больные могут выполнять работу на производстве в специально созданных условиях, на дому и в специальных цехах под наблюдением медперсонала. При тяжелых последствиях нарушения мозгового кровообращения, нередко в сочетании с нарушениями психики, либо сердечной недостаточности III степени больные нуждаются в постоянном постороннем уходе или надзоре и признаются инвалидами I группы.

Инвалидность в этих случаях устанавливается без указания срока пересвидетельствования.

Важными критериями экспертизы трудоспособности больных гипертонической болезнью являются частота и тяжесть гипертонических кризов. При редких кризах больные признаются трудоспособными. Кризы средней частоты и тяжести могут служить основанием для признания больных инвалидами III группы. Частые и тяжелые гипертонические кризы ведут к потере профессиональной трудоспособности, и больным определяется II группа инвалидности.

Большое практическое значение имеет установление социальной причины инвалидности. Для установления причинной связи инвалидности с контузией головного мозга или обширным ранением, полученным на фронте в период Великой Отечественной войны, или производственной травмой необходимы клинические и юридические документы: свидетельство о болезни, справки и выписки из истории болезни лечебных учреждений, справки из Военно-медицинского музея, а в случае травмы, полученной на производстве или в связи с выполнением долга гражданина СССР по спасению человеческой жизни, социалистического имущества и охраны социалистического порядка, — соответствующие документы, подтверждающие эти факты.

При решении вопроса об установлении причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих, получивших травму черепа или контузию головного мозга в период Великой Отечественной войны, с пребыванием на фронте необходимо руководствоваться инструкцией № 1690-СН от 3 июля 1975 г. «О порядке установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте»<sup>1</sup>.

Вопрос о допуске к управлению транспортом больных гипертонической болезнью, признанных инвалидами, решается индивидуально, согласно приказу Министерства здравоохранения СССР от 26 апреля 1974 г., № 380. (Дополнения к Инструкции о порядке медицинского освидетельствования лиц, желающих получить удостоверение на право управления автотранспортом и городским электротранспортом и пересвидетельствования водителей транспортных средств. М., 1974.)

**Основные принципы трудового устройства больных гипертонической болезнью.** Динамическое наблюдение показывает, что больные гипертонической болезнью I и II стадий, рационально трудоустроенные, в течение многих лет могут работать в различных профессиях. Важно при этом исключить факторы, травмирующие центральную нервную систему. Больные гипертонической болезнью, занятые в профессиях квалифицированного физического и умственного труда, часто стремятся продолжать работу. Ломка трудового стереотипа может способствовать ухудшению функционального состояния центральной нервной системы, прогрессированию заболевания.

Лица, работающие в противопоказанных профессиях или условиях труда, должны быть переведены на другую работу. При этом лицам в возрасте до 40 лет целесообразно (в соответствующих случаях) рекомендовать переобучение с целью приобретения новой не противопоказанной профессии.

Большую роль играет правильная организация труда. Организационно-технические мероприятия должны быть направлены на соблю-

<sup>1</sup> Некоторые клинические аспекты установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте. Методические рекомендации. БНИИЭТИН, Минск, 1976.

дение режима рабочего дня, механизацию трудоемких процессов, создание удобных рабочих мест, а также предусматривать доставку необходимых материалов к рабочему месту, упорядочение работы ОТК и т. п. Санитарно-гигиенические мероприятия включают обеспечение достаточной освещенности и вентиляции на рабочем месте, борьбу с шумом, загазованностью и запыленностью помещения.

Большим гипертонической болезнью I и II стадий медленно прогрессирующего течения без частых кризов и осложнений, работающим на предприятиях машиностроения, могут быть рекомендованы профессии станочника, заточника, зуборезчика, сверловщика, токаря-расточника, токаря-полуавтоматчика, шлифовщика на плоскошлифовальных станках, станочника по деревообработке, слесаря, наладчика, газозлектросварщика, электромонтера, электромонтера-обмотчика, сапуровщика, сушильщика, контролера ОТК, лаборанта центральной заводской лаборатории, распределителя работ, механика счетно-перфорационных машин, светокопировщика и т. п. На предприятиях сельскохозяйственного машиностроения может быть рекомендована работа в механических, кроме отделений окраски, термических, гальванических, ремонтно-механических, электроремонтных, модельных, строительных и других цехах. На предприятиях автомобильной промышленности может быть рекомендована работа в экспериментальном, механосборочном, сборки и испытаний автомобилей, инструментальном, штамповочном, модельном, ремонтном, деревообрабатывающем цехах. В условиях сельскохозяйственного производства показана работа зоотехника, ветеринара, животновода, птичницы, телятницы, электрика, моториста, бригадира, учетчика, табельщика, приемщика, подсобника в садово-огородных бригадах, а также по подготовке семян к посеву, сбору, сортировке, упаковке, консервированию овощей и фруктов.

### **ВТЭ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА<sup>1</sup>**

Ишемическая болезнь сердца является одним из наиболее распространенных заболеваний системы кровообращения, нередко приводящим к временной или постоянной утрате трудоспособности. Ишемическая болезнь сердца определяется как острое или хроническое поражение сердца, вызванное уменьшением или прекращением доставки крови к миокарду в связи с коронарным атеросклерозом. Согласно классификации ВОЗ, ишемическая болезнь сердца подразделяется на острую и хроническую формы. Отдельно выделяется стенокардия (грудная жаба).

Стенозирующий атеросклероз венечных артерий приводит к гипоксии миокарда, нарушению окислительных процессов, анаэробному типу энергообразования и накопленно недоокисленных продуктов, в частности молочной и пировиноградной кислот, в сердечной мышце. Возникновению гипоксии способствует плохое развитие коллатерального кровообращения. Различные стрессовые ситуации ведут к возрастанию продукции катехоламинов и вызывают одновременно увеличение потребности миокарда в кислороде. При стенозирующем атеросклерозе венечных артерий в подобных случаях гипоксия усиливается, так как адекватного расширения коронарных артерий не происходит.

Основными медицинскими критериями, определяющими трудоспособность больных ишемической болезнью сердца, являются: клиническая форма заболевания, степень коронарной недостаточности,

<sup>1</sup> См. литературу № 10, 20, 23—30.

состояние сократительной способности миокарда, нарушения ритма сердца, особенности течения заболевания, осложнения, сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.).

Для установления диагноза ишемической болезни сердца необходимо, помимо общеклинического обследования больного, применение специальных исследований, в частности липидного, белкового и углеводного обмена, свертывающей и антисвертывающей систем крови, состояния сосудистой стенки. Характерно увеличение фракции  $\beta$ -липопротеидов, холестерина, триглицеридов,  $\gamma$ -глобулинов, повышение свертывающей и депрессия антисвертывающей систем.

При экспертизе трудоспособности больных ишемической болезнью сердца важную роль играет электрокардиографическое исследование, позволяющее в каждом отдельном случае устанавливать локализацию и распространенность инфаркта миокарда, характер нарушения ритма, выраженность хронической коронарной недостаточности, развитие аневризмы сердца и т. п. Однако электрокардиографические изменения нужно оценивать в сочетании с клинической картиной, а также результатами лабораторных и инструментальных исследований.

Весьма вероятными критериями старого инфаркта миокарда являются (согласно ВОЗ) следующие: 1) комбинация в I стандартном отведении и в aVL зубца Q (составляющего по величине не менее 20% соответствующего зубца R) с отрицательным зубцом T; 2) комбинация зубца Q и отрицательного зубца T во II и III стандартных отведениях и в aVF. При этом зубец Q составляет не менее 25% наибольшего зубца в III отведении, а ширина — не менее 0,03 с во II и III отведениях; 3) наличие зубца Q в отведениях  $V_1, V_2, V_3$  при отрицательном или двухфазном зубце T в отведениях  $V_2, V_3$ ; при отсутствии зубца R комплекс QRS имеет конфигурацию QS; 4) наличие зубца Q более 0,4 мВ глубиной в отведениях  $V_4, V_5$  и 0,2 мВ в отведении  $V_6$  при отрицательных зубцах T в этих отведениях; 5) изменения желудочкового комплекса, соответствующие острой, подострой или рубцовой (хронической) стадиям крупноочагового инфаркта миокарда.

Для раннего выявления нарушений сократительной функции миокарда используются поликардиография и реография легких, а также исследование гемодинамических показателей — ударного объема, скорости кровотока, среднего гемодинамического давления, общего периферического сопротивления и массы циркулирующей крови. Поликардиография позволяет определить сократительную функцию левого желудочка, а реография легких — сократительную функцию правого желудочка и состояние кровообращения в малом круге.

Для выявления сердечной недостаточности I степени необходимо определение гемодинамических показателей в покое и после дозированной физической нагрузки (проба Мастера, велоэргометрия). Снижение ударного объема, увеличение общего периферического сопротивления и объема циркулирующей крови свидетельствует о нарушении сократительной функции миокарда. Пробу с физической нагрузкой можно проводить только при отсутствии клинических признаков сердечной недостаточности. Сердечная недостаточность II и III степени определяется на основании общепринятых клинических признаков.

Современные рентгенологические методы исследования позволяют получить информацию о структурных изменениях и состоянии функций сердечной мышцы и магистральных артерий: степени гипертрофии миокарда, дилатации полостей сердца, снижении сократи-

тельной функции миокарда, наличии застоя в малом круге, размерах аневризмы сердца и т. п. Коронарография способствует определению количества пораженных артерий сердца и степени их сужения, а также состояния коллатерального кровообращения.

Различают 3 степени хронической коронарной недостаточности. Диагностика основывается на оценке анамнеза, характера болевого синдрома и изменений электрокардиограммы. Электрокардиографическими признаками хронической коронарной недостаточности являются горизонтальное (или корытообразное) смещение сегмента ST более чем на 0,5–1 мм во всех комплексах, смещение ST более чем на 2 мм «типа соединения», переход положительного T в отрицательный, увеличение длительности QRS.

I степень хронической коронарной недостаточности характеризуется редкими приступообразными болями в области сердца (за грудиной), возникающими при физической нагрузке и купирующимися сосудорасширяющими средствами. На электрокардиограмме изменений может не быть. Однако при физической нагрузке можно выявить изменения, свойственные хронической коронарной недостаточности.

Толерантность к умеренной физической нагрузке у больных хронической коронарной недостаточностью I степени нормальная, чаще определяется гиперкинетический тип реакции. При коронарографии нередко определяется сужение какой-либо одной артерии.

II степень хронической коронарной недостаточности характеризуется более частыми приступами стенокардии, возникающими после нагрузки или в покое. На электрокардиограмме выявляются признаки коронарной недостаточности, нередко рубцовые и диффузные мышечные изменения. На коронарограммах определяются локальные коронарные стенозы. Нередко устанавливаются симптомы сердечной недостаточности по левожелудочковому типу. В процессе выполнения дозированной физической нагрузки наблюдается гипокINETический тип реакции. При III степени хронической коронарной недостаточности приступы стенокардии возникают неоднократно в течение дня, трудно поддаются купированию. На электрокардиограмме выявляются выраженные признаки коронарной недостаточности, рубцы после перенесенного инфаркта миокарда, нарушения ритма. На коронарограммах определяются множественные коронарные стенозы. Наблюдается клиническая картина сердечной недостаточности II степени по правому и левожелудочковому типу.

Переоценивать значение ЭКГ в диагностике хронической коронарной недостаточности не следует. Абсолютных ЭКГ-признаков коронарной недостаточности не имеется. Смещение сегмента ST и изменение зубца T могут быть вызваны различными интоксикациями, обменными нарушениями, миокардитом и др.

При экспертизе трудоспособности больных ишемической болезнью сердца необходимо учитывать характер трудовой деятельности. Больным противопоказана работа, связанная с предписанным темпом, физическим напряжением, большим нервно-психическим напряжением, а также в условиях гипоксии. Оценка трудоспособности во многом определяется клинической формой ишемической болезни сердца.

Временная нетрудоспособность при впервые возникшем приступе стенокардии составляет 10–12 дней. Этот срок необходим для уточнения диагноза стенокардии, проведения соответствующих мероприятий по рациональному трудоустройству, урегулированию режима труда и отдыха.



Временная нетрудоспособность при предынфарктном синдроме и «промежуточном коронарном синдроме» (острой очаговой дистрофии миокарда) составляет 1,5–2 мес. Клиническая картина отличается учащением и изменением характера приступов стенокардии, сердцебиением, слабостью. Нередкими симптомами острой очаговой дистрофии миокарда являются нарушение ритма сердца, депрессия сегмента ST и инверсия либо появление остроконечного высокого зубца T. Повышения активности трансаминаз крови при этой форме, как правило, не бывает.

Длительность временной нетрудоспособности при остром инфаркте миокарда определяется фоном, на котором возник инфаркт миокарда; распространенностью и характером течения инфаркта миокарда; осложнениями; возрастом больного, его профессией.

При неосложненном микроинфаркте сердца (мелкоочаговом инфаркте миокарда) у лиц в возрасте до 45 лет длительность больничного листа должна быть не менее 3–4 мес, что обусловлено сроками, необходимыми для развития компенсаторных реакций, в частности компенсаторной гипертрофии миокарда и коллатерального кровообращения.

Больным, приступившим к работе по окончании временной нетрудоспособности, необходимо дать соответствующие трудовые рекомендации. Им доступен легкий физический труд без предписанного темпа, выполняемый в дневную смену, в благоприятных метеоусловиях, а также умственный труд с умеренным нервно-психическим напряжением. При необходимости уменьшения объема производственной деятельности или переводе на другую работу со снижением квалификации больные должны быть направлены на ВТЭК.

Больные, перенесшие крупноочаговый инфаркт миокарда с осложнениями в острой и подострой стадиях либо выраженной хронической коронарной недостаточностью после перенесенного инфаркта миокарда на фоне гипертонической болезни, по истечении 3–4 мес лечения должны быть направлены на ВТЭК для определения состояния трудоспособности и рационального трудоустройства.

Показаниями к определению временной нетрудоспособности при хронической ишемической болезни сердца являются: учащение и изменение характера болевых приступов, появление признаков сердечной недостаточности, ухудшение показателей ЭКГ при динамическом наблюдении, появление сложных видов нарушения ритма. Сроки временной нетрудоспособности индивидуальны и во многом зависят от степени хронической коронарной недостаточности. При хронической коронарной недостаточности I степени амбулаторное лечение с выдачей листа нетрудоспособности продолжается до 10 дней, при стационарном лечении — до 25 дней; при хронической коронарной недостаточности II степени — соответственно до 15 и 38 дней.

При экспертизе стойкой утраты трудоспособности следует выделять раздельно больных ишемической болезнью сердца без инфаркта миокарда в прошлом; больных, перенесших инфаркт миокарда; больных атеросклеротическим кардиосклерозом с нарушением ритма или сердечной недостаточностью.

Трудоспособность больных ишемической болезнью сердца, не перенесших инфаркт миокарда, зависит главным образом от степени хронической коронарной недостаточности, а также характера и условий труда свидетельствуемого. При хронической коронарной недостаточности I степени больным доступен широкий круг профессий. Им противопоказана работа, связанная с тяжелым физическим и зна-

чительным нервно-психическим напряжением, в неблагоприятных производственных условиях. В большинстве случаев рациональное трудоустройство больных осуществляется по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений. В отдельных случаях, если рациональное трудоустройство сопровождается снижением квалификации или связано с необходимостью значительного уменьшения объема производственной деятельности, больной признается ограниченно трудоспособным на период приобретения не противопоказанной ему профессии.

Хроническая коронарная недостаточность II степени существенно снижает трудоспособность больных. Лица физического труда с тяжелым и средним напряжением или умственного труда с большим нервно-психическим напряжением при невозможности рационального трудоустройства признаются инвалидами II группы. Лицам, выполняющим легкий физический труд либо умственный труд с небольшим нервно-психическим напряжением, определяется III группа инвалидности, однако в условиях сельскохозяйственного производства, когда рациональное трудоустройство затруднено, в подобных случаях может быть установлена II группа инвалидности. Лица молодого возраста, страдающие хронической коронарной недостаточностью II степени, могут быть признаны трудоспособными в профессиях умственного труда небольшого объема, выполняемого в кабинетных условиях, а также легкого физического труда, выполняемого сидя, в утреннюю смену, в благоприятных производственных условиях.

Лицам, страдающим хронической коронарной недостаточностью III степени, недоступен труд в обычных производственных условиях, и им определяется II группа инвалидности. Некоторым из них можно рекомендовать труд на дому или в специально созданных производственных условиях (индивидуальная норма выработки, свободный темп работы, частичное выполнение работы на дому).

Основными критериями экспертизы трудоспособности больных, перенесших инфаркт миокарда, являются: срок, прошедший от момента развития инфаркта миокарда; число перенесенных инфарктов миокарда; степень хронической коронарной недостаточности; степень сердечной недостаточности, возраст больного; характер и условия труда; трудовая направленность. Всем больным, перенесшим инфаркт миокарда, в течение первого года противопоказана работа со значительным, даже эпизодическим, и постоянным умеренным физическим напряжением; в неблагоприятных производственных условиях; в ночную смену; в контакте с сосудистыми ядами.

Среди лиц, перенесших инфаркт миокарда, выделяются две основные категории:

1. Больные с неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом после перенесенного обширного инфаркта миокарда, у которых сформировались хроническая коронарная недостаточность II или III степени, аневризма сердца, сердечная недостаточность II или III степени либо возникали повторные инфаркты миокарда на фоне гипертонической болезни III стадии и распространенного атеросклероза.

2. Больные молодого возраста, перенесшие микроинфаркт сердца (мелкоочаговый инфаркт миокарда), у которых сформировалась хроническая коронарная недостаточность I степени и нет других осложнений, а также сопутствующих заболеваний.

При первичном освидетельствовании больные, условно отнесенные к I категории, у которых развилась хроническая коронарная недостаточность II или III степени и сердечная недостаточность II степени, сформировалась аневризма сердца, стойко утрачивают

трудоспособность и признаются инвалидами II группы. Если они нуждаются в постоянном постороннем уходе, определяется I группа инвалидности. Как правило, II группа инвалидности при первичном освидетельствовании устанавливается больным, выполнявшим до заболевания инфарктом миокарда тяжелый и средний физический труд. В дальнейшем может произойти положительная динамика в состоянии трудоспособности, и больные признаются ограниченно трудоспособными. Лица умственного труда, перенесшие крупноочаговый инфаркт миокарда и признанные при первичном освидетельствовании инвалидами II группы, могут продолжать работу на производстве в специально созданных условиях (сокращенный рабочий день, дополнительный выходной день, индивидуальный график работы, выполнение работы частично на дому и т. п.).

При первичном освидетельствовании больным, условно отнесенным ко II категории, т. е. лицам молодого возраста, перенесшим мелкоочаговый инфаркт миокарда без осложнений, при благоприятном клиническом прогнозе и отсутствии противопоказанных факторов в условиях труда целесообразно продлить больничный листок свыше 4 мес. Рациональное трудовое устройство больных в соответствующих случаях осуществляется решением ВКК лечебно-профилактических учреждений. Больным противопоказана работа, связанная с тяжелым физическим напряжением, ночными сменами, командировками. При необходимости перевода на другую работу со снижением квалификации или уменьшением объема производственной деятельности лица, перенесшие мелкоочаговый инфаркт миокарда без осложнений, с положительной динамикой ЭКГ, признаются инвалидами III группы.

Диагностика хронической аневризмы сердца, развившейся после инфаркта миокарда, основывается на совокупности клинических, электрокардиографических и рентгенологических данных. Клинически на фоне симптомов недостаточности кровообращения выявляются ограниченная пульсация в области сердца, систолический шум, раздвоение I тона на верхушке. Регистрируется «застывшая» ЭКГ с высоким выпуклым сегментом ST и отрицательным зубцом T не менее чем в трех отведениях. Рентгенологически на ограниченном участке контура сердца отмечается патологическая пульсация. Особенно четко симптомы аневризмы видны при рентгенокимографическом исследовании. Наличие аневризмы левого желудочка резко ухудшает клинический прогноз. Развивающаяся сердечная недостаточность носит прогрессирующий характер и нередко рефрактерна к терапии. В связи с этим лицам, у которых сформировалась аневризма сердца, при первичном освидетельствовании определяется II группа инвалидности. Такие больные в ряде случаев могут выполнять работу в специально созданных условиях. При сердечной недостаточности III степени больным с аневризмой сердца определяется I группа инвалидности.

У больных с хронической коронарной недостаточностью I степени после перенесенного инфаркта миокарда в большинстве случаев трудоспособность восстанавливается, если работа связана с незначительным физическим или умственным напряжением. При развитии после перенесенного инфаркта миокарда хронической коронарной недостаточности II степени больные чаще всего признаются ограниченно трудоспособными или нетрудоспособными в обычных производственных условиях, в зависимости от характера производственной деятельности. Развитие тяжелых осложнений, повторных инфарктов миокарда обуславливает стойкую потерю трудоспособности больных в

обычных производственных условиях; в отдельных случаях бывает доступен труд в специально созданных условиях. Больные, у которых в постинфарктном периоде сформировалась хроническая коронарная недостаточность III степени, признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Однако через 3—4 года, по мере развития компенсаторных процессов, лица умственного и легкого физического труда возвращаются к прежней, показанной работе с уменьшением объема производственной деятельности.

Экспертиза трудоспособности больных, перенесших инфаркт миокарда в молодом возрасте, во многом определяется величиной очага некроза. Всем больным, перенесшим инфаркт миокарда в молодом возрасте, в течение 2 лет противопоказана работа, связанная с тяжелым и средним физическим напряжением. Лица умственного и легкого физического труда могут быть признаны полностью или ограниченно трудоспособными не ранее чем через 12 мес от начала заболевания крупноочаговым инфарктом миокарда. После перенесенного мелкоочагового инфаркта миокарда восстановление трудоспособности в показанных профессиях возможно в среднем через 4—6 мес от начала заболевания. При оценке трудоспособности лиц, перенесших инфаркт миокарда в молодом возрасте, нужно учитывать возможность повторного заболевания. Возвращение к трудовой деятельности до истечения 4—6 мес после перенесенного инфаркта, физическое перенапряжение могут оказать отрицательное влияние на течение постинфарктного периода. Строгое выполнение трудовых рекомендаций ВВК или ВТЭК может способствовать реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда в молодом возрасте.

**Врачебно-трудовая экспертиза при атеросклеротическом кардиосклерозе.** При атеросклеротическом кардиосклерозе определяются очаги дистрофии и атрофии мышечных волокон, развитие соединительной ткани и компенсаторной гипертрофии миокарда.

Клиническая картина атеросклеротического кардиосклероза характеризуется одышкой, тахикардией, нарушениями ритма сердца, приступами стенокардин. Отмечаются расширение границ сердца в обе стороны, глухость тонов, развитие недостаточности кровообращения. Нарушается липидный обмен, повышается проницаемость сосудистой стенки.

При оценке трудоспособности больных атеросклеротическим кардиосклерозом следует учитывать степень сердечной недостаточности, характер нарушения ритма, степени хронической коронарной недостаточности, эффективность лечения, возраст, социальные факторы.

Сердечная недостаточность при атеросклеротическом кардиосклерозе чаще развивается по левожелудочковому типу, что прогностически неблагоприятно. Лица, у которых развивается сердечная недостаточность II-а степени, признаются ограниченно трудоспособными. При формировании сердечной недостаточности II-б и III степени труд в обычных производственных условиях становится недоступным, и больные признаются инвалидами II группы.

Среди нарушений ритма особое место занимает пароксизмальная тахикардия, которая может проявляться в легкой, средней и тяжелой клинических формах. Легкая форма характеризуется приступами, возникающими 1 раз в месяц и реже, продолжающимися 2—4 ч, иногда в течение суток. Больные во время приступа являются временно нетрудоспособными и на ВТЭК не направляются. При средней форме тяжести приступы повторяются 2—4 раза в месяц и продолжаются от 30 мин до 4 сут. Больные во время приступа являют-

ся временно нетрудоспособными. Лица легкого физического и умственного труда с умеренным нервно-психическим напряжением, как правило, сохраняют трудоспособность в своей профессии. Ограниченно трудоспособными признаются лица, работающие в профессиях, связанных с вождением транспорта, значительным физическим и умственным напряжением, у движущихся механизмов, на высоте, при переводе на другую работу со снижением квалификации. При тяжелой форме пароксизмальной тахикардии приступы возникают 2—4 раза в неделю и продолжаются до нескольких суток. Больные в подобных случаях признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

Нарушение внутрипредсердной проводимости, как правило, на трудоспособность больных не влияет. При нарушении атриовентрикулярной проводимости I степени ( $PQ = 0,2-0,22$  с) больным противопоказан тяжелый физический труд, и рациональное трудовое устройство осуществляется решением ВКК лечебно-профилактических учреждений. При нарушении атриовентрикулярной проводимости II степени больным противопоказана работа на высоте, у движущихся механизмов, связанная с вождением транспорта. Если профессиональные перемещения сопровождаются снижением квалификации, больные признаются ограниченно трудоспособными. В профессиях среднего и легкого физического, а также умственного труда трудоспособность больных обычно не нарушается. При полной атриовентрикулярной блокаде противопоказана работа, связанная с вождением транспорта, пребыванием на высоте, с предписанным темпом; у движущихся механизмов; в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях. В подобных случаях при необходимости профессиональных перемещений, сопровождающихся снижением квалификации, больным следует определять III группу инвалидности. Трудоспособность больных, работающих в профессиях легкого физического и умственного труда, может быть сохранена, однако присоединение частых приступов Стокса—Адамса обуславливает утрату трудоспособности и признание больных инвалидами II группы. Блокада ножек предсердно-желудочкового пучка существенного влияния на состояние трудоспособности больных не оказывает.

Развитие мерцания предсердий (мерцательной аритмии) при атеросклеротическом кардиосклерозе указывает на значительные изменения сердечной мышцы. Больным с мерцательной аритмией противопоказана работа, связанная со значительным (даже эпизодическим) физическим напряжением, предписанным темпом, частыми командировками. При тахикармической форме больные могут быть временно нетрудоспособными на период лечения и установления нормосистолической формы мерцательной аритмии. Больные с брадисистолической формой мерцательной аритмии без признаков недостаточности кровообращения являются трудоспособными в профессиях легкого физического, всех видов умственного труда с умеренным нервно-психическим напряжением. При пароксизмальной форме мерцательной аритмии экспертиза трудоспособности больных проводится с учетом частоты и тяжести приступов (см. пароксизмальную тахикардию).

Больные атеросклеротическим кардиосклерозом без признаков сердечной недостаточности и хронической коронарной недостаточности или с незначительным снижением функциональных резервов сердечной мышцы признаются трудоспособными, если они выполняют работу с умеренным физическим и умственным напряжением. Ог-

раниченно трудоспособными признаются лица с умеренными и выраженными нарушениями сократительной функции миокарда, выполняющие работу, связанную со значительным умственным и физическим напряжением.

Хроническая ишемическая болезнь сердца может препятствовать допуску к управлению автотранспортом согласно ст. 37 приказа № 380 Министерства здравоохранения СССР от 26 апреля 1974 г. (см. стр. 545).

При наличии в анамнезе закрытой травмы черепа и контузии головного мозга, полученной в период Великой Отечественной войны, у лица, признанного инвалидом вследствие ишемической болезни сердца, вопрос о причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте решается согласно Инструкции о порядке установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте № 1690-СН от 3 июля 1975 г.

Принципы трудового устройства больных коронарным атеросклерозом и хронической коронарной недостаточностью. Рациональное трудоустройство больных ишемической болезнью сердца должно предусматривать устранение условий, способствующих возникновению болевого синдрома. Больным, независимо от степени хронической коронарной недостаточности, противопоказан труд в условиях воздействия высокой или низкой температуры, шума, вибрации и других неблагоприятных факторов.

Трудоустройство больных с хронической коронарной недостаточностью должно осуществляться преимущественно в прежней профессии или с учетом профессиональных навыков, особенно лиц старше 45 лет.

Больным с хронической коронарной недостаточностью I и II степени могут быть рекомендованы профессии административно-технического и административного труда: инженера, конструктора, техника, механика, мастера, экономиста, плановика, бухгалтера, товаровед, счетовода, кассира, делопроизводителя, светокопировщика, коменданта, кладовщика и др. Они сохраняют трудоспособность в профессии врача, преподавателя, библиографа, библиотекаря, корректора. Доступна работа по обработке металла и дерева на станках (долбежник, заточник, зуборезчик, зубошлифовальщик, резьбонарезчик, сверловщик, токарь), слесаря-инструментальщика мелких деталей, слесаря-ремонтника, контролера-приемщика, комплектовщика, лаборанта, машиниста насосных станций. Больным с хронической коронарной недостаточностью I и II степени, проживающим в сельской местности, доступна работа агронома, инженера, техника, слесаря, учетчика, весовщика, лаборанта, садовода, пчеловода. Наряду с этим им не противопоказан труд в сфере бытового обслуживания сельского населения (портного, сапожника, парикмахера).

Рациональное трудоустройство лиц, перенесших инфаркт миокарда, в ряде случаев связано с необходимостью снижения норм выработки, сокращения рабочего дня, перевода на работу по обработке мелких деталей, что является основанием для определения III группы инвалидности. Лица, перенесшие обширный инфаркт миокарда и признанные инвалидами II группы, могут выполнять работу в специально созданных условиях. К специально созданным условиям относятся: индивидуальный график работы с сокращенным рабочим днем и уменьшением объема работы, индивидуальная норма выработки, индивидуальный подбор работы и частичное выполнение

ее на дому, специальная организация рабочего места. Эти условия могут быть созданы на обычном производстве или в спеццехах и спецучастках. При трудоустройстве больных молодого возраста, перенесших инфаркт миокарда, можно рекомендовать переобучение с целью приобретения новой, не противопоказанной им, профессии.

Правильное трудоустройство больных ишемической болезнью сердца является одним из важных аспектов профилактики прогрессирования заболевания и реабилитации больных и инвалидов.

## ВТЭ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ<sup>1</sup>

Сердечная недостаточность является одним из важных медицинских критериев при экспертизе трудоспособности лиц, страдающих болезнями системы кровообращения. На трудоспособность прежде всего оказывают влияние степень и тип сердечной недостаточности. Согласно классификации, различают 3 степени сердечной недостаточности, правожелудочковый или левожелудочковый типы ее.

При сердечной недостаточности I степени оценка трудоспособности во многом определяется ее типом и социальными факторами. При правожелудочковой недостаточности больные после соответствующего лечения, как правило, приступают к работе, не связанной с тяжелым физическим напряжением. При левожелудочковой недостаточности терапевтические мероприятия менее эффективны. Больные могут выполнять работу с незначительным физическим напряжением и все виды умственного труда. В случае, когда необходим перевод на работу другой профессии более низкой квалификации, больным определяется III группа инвалидности.

При сердечной недостаточности II степени трудоспособность больных снижается. При правожелудочковой недостаточности трудоспособность сохраняется в профессиях легкого физического труда, выполняемого преимущественно сидя, в дневную смену, и умственного труда с умеренным нервно-психическим напряжением. Однако в большинстве профессий физического труда больным определяется III группа инвалидности. При левожелудочковой недостаточности II-a степени способность к профессиональному труду в большинстве случаев полностью утрачивается, и больные признаются инвалидами II группы. Ограниченно трудоспособными признаются лица легкого физического труда и умственного труда с небольшим нервно-психическим напряжением. При сердечной недостаточности II-б степени больные признаются инвалидами II группы. В случае развития сердечной недостаточности III степени больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Лицам, у которых наступила стойкая сердечная недостаточность III степени, нуждающимся в постоянном постороннем уходе, определяется I группа инвалидности. Инвалидность при сердечной недостаточности III степени устанавливается без указания срока переосвидетельствования.

При оценке трудоспособности больных необходимо учитывать основное заболевание, вызвавшее сердечную недостаточность. Под влиянием соответствующей терапии сердечная недостаточность в ряде случаев может быть полностью ликвидирована и трудоспособность больных восстановлена. Положительная динамика в состоянии трудоспособности может наступить после хирургического лечения больных некоторыми врожденными и приобретенными пороками сердца.

<sup>1</sup> См. литературу № 27, 31—34.

С другой стороны, в связи с прогрессирующим течением ишемической болезни сердечная недостаточность трудно поддается лечению, и больные утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях.

Выявление скрытой сердечной недостаточности и резервных возможностей миокарда является важным элементом экспертизы трудоспособности. Учет их позволяет своевременно осуществить рациональное трудоустройство больных, что служит целям профилактики инвалидности.

Фазовый анализ сердечного цикла с помощью поликардиографии позволяет оценить состояние сократительной функции миокарда левого желудочка. Для определения сократительной функции правого желудочка применяется метод реографии легких. Использование указанных методов исследования как в покое, так и после физической нагрузки позволяет установить начальную степень нарушения сократительной функции миокарда обоих желудочков и выявить их резервные возможности.

Комплекс гемодинамических показателей включает ударный и минутный объем, общее периферическое сопротивление, среднее динамическое давление, показатели упругости стенок сосудов и др.

Отклонения от нормы величин этих показателей, исследованных в покое и после физической нагрузки, указывают на нарушение функций и резервных возможностей системы кровообращения в целом. Указанные гемодинамические показатели могут быть определены с помощью механокардиографии (Н. Н. Савицкий), радиоизотопными методами или по формулам<sup>1</sup>

1. Ударный объем (формула Старра):

$УО = 0,5 ПД + 100 - 0,6 ДД - 0,6В$  (норма у здоровых лиц среднего возраста в условиях основного обмена — 54—52 мл),

УО — ударный объем;

ПД — пульсовое давление;

ДД — диастолическое давление;

В — возраст в годах

2. Минутный объем крови (МОК):

$МОК = УО \times \text{частоту пульса}$ .

3. Среднее динамическое давление (СДД):

$СДД = \frac{ПД \text{ (мм рт.ст)}}{3} + ДД \text{ (мм рт.ст.)}$  (норма — 80—84 мм рт. ст., или 10,7—11,2 кПа)

4. Периферическое сопротивление (ПС):

$ПС = \frac{СДД \text{ (мм)} \times 60 \times 1,333}{МОК \text{ (мл)}}$  (норма 1500 дин/с·см<sup>-5</sup> или 150 кПа/с·л)

Для определения доступности предъявляемых больному физических нагрузок в процессе производственной деятельности необходимо исследовать, является ли реакция на них полноценной или свидетельствует о нарушениях функций системы кровообращения, обусловленных превышением предела переносимости.

Нагрузка, на которую организм отвечает полноценной реакцией, соответствующей таковой у практически здоровых лиц, может рассматриваться как доступная. Нагрузка, при которой обнаруживаются первые признаки неполноценной реакции, должна считаться пределом, свыше которого интенсивность работы не может быть увеличена.

<sup>1</sup> См. литературу № 32.



В качестве критериев, свидетельствующих о приближении к пределу переносимости, могут быть использованы такие клинические признаки, как возникновение одышки, цианоза и учащение пульса после физических нагрузок. Ранними объективными признаками служат показатели одномоментного исследования энергозатрат, гемодинамики, вентиляции и оксигеметрии.

О полноценной реакции на физическую нагрузку свидетельствуют увеличение минутного объема кровообращения, снижение периферического сопротивления и стабильность уровня среднего динамического давления. При I степени сердечной недостаточности реакция на нагрузку выражается в превосходящем норму увеличении минутного объема кровообращения и падении общего периферического сопротивления, а также возникновении лабильности среднего динамического давления (гипердинамическая реакция). На более поздних этапах развития нарушается функции, соответствующих II-а степени сердечной недостаточности, неблагоприятная реакция на нагрузку заключается в снижении способности увеличивать минутный объем крови и уменьшать общее периферическое сопротивление. При значительном превышении нагрузок над функциональными возможностями системы кровообращения наблюдаются отрицательная фаза изменения минутного объема кровообращения и парадоксальное увеличение общего периферического сопротивления (гиподинамическая реакция). Интенсивность вентиляции легких у здоровых лиц при нагрузках средней мощности увеличивается вдвое. При сердечной недостаточности нагрузки такой же мощности способны вызвать значительно большие нарушения вентиляции: минутный объем дыхания (МОД) увеличивается в 3—4 раза, жизненная емкость легких (ЖЕЛ) уменьшается. Поэтому всякое увеличение МОД, превосходящее норму, должно рассматриваться как свидетельство несоответствия нагрузки функциональным возможностям больного.

Наряду с этим при определении доступности физического напряжения той или другой степени необходимо учитывать энергетические возможности свидетельствуемого, определяемые с помощью велоэргометрии<sup>1</sup>. Метод позволяет оценить фактическую аэробную работоспособность и ее соответствие энергетическим требованиям, предъявляемым организму в процессе труда. При I степени сердечной недостаточности по левожелудочковому типу данные велоэргометрии свидетельствуют о возможности выполнения больными работы, связанной с эпизодическим умеренным физическим напряжением; при II степени сердечной недостаточности — о недопустимости для больных труда, требующего умеренного физического напряжения. У больных с III степенью сердечной недостаточности велоэргометрия не проводится<sup>2</sup>. У больных с сердечной недостаточностью I степени под влиянием нагрузки компенсаторно увеличивается вентиляция легких, что требует дополнительных энерготрат для поддержания деятельности дыхательной мускулатуры. Дополнительные энерготраты требуются и для поддержания гипердинамического типа кровообращения. Следова-

---

<sup>1</sup> Совершенствование критериев трудоспособности больных ишемической болезнью сердца. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. ЦИЭТИН, М., 1979.

<sup>2</sup> Совершенствование критериев трудоспособности больных с ревматическими пороками сердца. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. ЦИЭТИН, М., 1979.

но, у больных с сердечной недостаточностью I степени обеспечение энергетических затрат в процессе трудовой деятельности осуществляется менее благоприятным путем, чем у здоровых лиц. При вынесении экспертного решения и трудовых рекомендаций необходимо учитывать энергетическую характеристику конкретных профессий и ее соответствие энергетическим возможностям свидетельствуемых лиц.

В процессе адаптации практически здоровых лиц к новым видам труда с физическим напряжением наблюдается дискоординация между энергообменом и сдвигами в гемодинамическом обеспечении, что выражается в парадоксальном подавлении окислительных процессов, незакономерном изменении общей гемодинамики и сократительной функции миокарда. Эта дискоординация между энергообменом и его гемодинамическим обеспечением оказалась наиболее отчетливо выраженной при адаптации к физическому труду легкой и средней тяжести.

У больных ишемической болезнью сердца адаптация к новым видам труда, связанным с физическим напряжением, протекает с большей, чем у здоровых лиц, дискоординацией. Наблюдается значительное увеличение ударного объема сердца и частоты пульса при выполнении работ с умеренным физическим напряжением. Сократительная функция миокарда, по данным фазового анализа, в процессе адаптации несколько ухудшается, а уровень аэробного энергообразования превосходит соответствующий уровень у здоровых лиц.

В противоположность этому у больных ишемической болезнью сердца, работающих после перенесенного инфаркта миокарда в своей профессии, гемодинамические сдвиги менее выражены, что свидетельствует о сохранении физиологических механизмов, обеспечивающих аэробное энергообразование.

Суждение о динамике сократительной функции миокарда при переосвидетельствовании инвалидов должно основываться на показателях фазового анализа сердечного цикла и ударного объема до и после физической нагрузки. Исследование гемодинамики у лиц с клинически стабильной сердечной недостаточностью позволяет в ряде случаев установить тенденцию к улучшению либо, напротив, ухудшению состояния кровообращения. Основываясь на показателях гемодинамики, в подобных случаях бывает необходимо внести соответствующие коррективы в определение трудовых рекомендаций.

Исследование гемодинамики, наряду с изучением клинических данных, у лиц с болезнями системы кровообращения, повторно свидетельствуемых во ВТЭК, позволяет более точно определить клинический и трудовой прогноз.

Причинами типовых ошибок при экспертизе трудоспособности больных с пороками сердца являются: неточная оценка степени выраженности порока сердца и степени сердечной недостаточности, установление диагноза эндокардита без достаточных оснований.

Причинами типовых ошибок при экспертизе трудоспособности больных гипертонической болезнью являются: неправильная оценка стадии заболевания, суждение о состоянии трудоспособности лишь на основании величины артериального давления без учета присоединившейся ишемической болезни сердца и нарушенной функции системы кровообращения.

Причинами типовых ошибок при экспертизе трудоспособности больных, страдающих ишемической болезнью сердца, являются: неправильная оценка степени хронической коронарной недостаточности; недооценка срока, прошедшего после перенесенного инфаркта мио-

карда; трактовка изменений электрокардиограммы в отрыве от клинической картины и ее динамики.

## ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ<sup>1</sup>.

При определении состояния трудоспособности лиц, страдающих хроническими болезнями органов дыхания, следует учитывать степень легочной, сердечной недостаточности, активность воспалительного процесса, склонность к кровохарканьям, тяжесть бронхоспастического синдрома.

Оценка степени легочной недостаточности основывается на результатах клинического и инструментальных методов исследования (табл. 2 и 3).

Из табл. 2 следует, что при I степени легочной недостаточности существенного снижения ЖЕЛ, изменений гемодинамических показателей не происходит, однако после нагрузки наблюдается снижение объема максимальной вентиляции до 50 % к должной, главным образом за счет учащения дыхания. При II степени легочной недостаточности ЖЕЛ снижается на 40—50 % к должной, а после физической нагрузки МОД возрастает лишь на 50—70 % против 100 % в норме. Нарушаются также и некоторые гемодинамические показатели. Указанные данные подтверждают нарастающее снижение вентиляционной функции легких и компенсаторных механизмов системы кровообращения. При III степени легочной недостаточности выявляется истощение резервных возможностей системы внешнего дыхания и кровообращения: снижение ЖЕЛ до 30 % к должной, потеря способности увеличивать при нагрузке МОД падение насыщения крови кислородом в покое и большая длительность периода восстановления артериализации после нагрузки.

В комплексе методов исследования больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких важное место занимают рентгеноскопия, рентгенография, рентгенокимография органов грудной клетки. Для изучения вентиляционной способности легких используются специальные методы, дающие возможность производить наблюдение за изменениями легочных объемов в покое и после нагрузки, в динамике патологического процесса.

При экспертизе трудоспособности больных важную роль играет оценка степени активности воспалительного процесса и интоксикации. Клиническими признаками активности воспалительного процесса в легких являются слабость, утомляемость, потливость, усиление кашля с выделением мокроты и одышки, повышение температуры тела. Кратковременное повышение температуры может иметь место и в периоды ремиссии, однако выраженная активность процесса сопровождается продолжительным и значительным повышением температуры тела. Об активности процесса свидетельствуют также результаты лабораторных исследований: увеличенная СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, повышение фракции  $\gamma$ -глобулинов сыворотки крови.

Из отдельных симптомов, имеющих важное значение в оценке трудоспособности больных с болезнями органов дыхания, следует учитывать кровохарканье и легочное кровотечение. На фоне хронического воспалительного процесса в легких нередко развиваются обструктивный бронхит, бронхиальная астма, бронхоэктазы, которые могут определять клиническое течение заболевания и стать основными

<sup>1</sup> См. литературу № 35—39.

Таблица 2. Клиническая оценка легочной недостаточности  
(по М. И. Хвиливицкой, 1964)

Клинические показатели	Легочная недостаточность		
	I степени	II степени	III степени
Одышка	Появляется кратковременно во время и после движения	Появляется даже после очень легкого физического напряжения и держится продолжительно	Постоянная, выраженная
Утомляемость	Наступает быстро, кратковременная	Выраженная, длительная	Очень выраженная, постоянная
Частота дыхания:			
в покое	В пределах нормы (16—24 в 1 мин)	Выше нормы (около 24—28 в 1 мин)	Выраженное учащение (28—32 в 1 мин). Иногда максимальное выраженное учащение
после физической нагрузки	Учащается приблизительно на 10—12 в 1 мин после умеренной нагрузки. Восстанавливается быстро	Учащается приблизительно на 12—16 в 1 мин даже после незначительной нагрузки. Восстанавливается медленно	Практически нагрузка невозможна из-за тяжелой одышки
Глубина дыхания:			
в покое	Нормальная	Понижена (дыхание несколько поверхностнее, чем в норме)	Дыхание поверхностное
после физической нагрузки	Дыхание поверхностное. Возвращается к норме сразу после нагрузки	Дыхание значительно поверхностнее. Возвращается к норме медленно	Нагрузка невозможна из-за тяжелой одышки
Цианоз	Нерезкий, усиливается после дыхания	Отчетливый, иногда значительный	Резко выраженный, иногда распространенный

Клинические показатели	Легочная недостаточность		
	I степени	II степени	III степени
Участие вспомогательных мышц	Нет	В небольшой степени. После физической нагрузки выраженное	Огчетливо выраженное даже в покое
Пульс	Не учащен	Иногда учащенный, иногда без склонности к учащению	Чаще значительно учащается, иногда без выраженного учащения
Речевая проба	Одышки при разговоре нет	Одышка при разговоре, в особенности сразу после движения	Невозможность разговора в обычном темпе, даже в спокойных условиях

критериями в оценке трудоспособности. При длительном течении ряда болезней органов дыхания формируются амилоидоз почек, ревматоидный полиартрит, которые в значительной степени отягощают клинический и трудовой прогноз.

### ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ<sup>1</sup>

При экспертизе трудоспособности больных хронической пневмонией следует руководствоваться классификацией, принятой пленумом Всесоюзного научного общества терапевтов в 1972 г. Она учитывает стадию заболевания, степень активности и частоту обострений, основные варианты клинического течения, рентгенологические изменения в легких, состояние функций системы дыхания и кровообращения.

С углублением стадии заболевания чаще наступают периоды обострений, возрастает их продолжительность и интенсивность, возникают расстройства функции внешнего дыхания и кровообращения, что приводит к нарушению трудоспособности больных в обычных производственных условиях. В I стадии хронической пневмонии с редкими обострениями при отсутствии осложнений больные являются трудоспособными в своей профессии. Во II стадии заболевания лицам тяжелого и среднего физического, а также умственного труда со значительной речевой нагрузкой или нервно-психическим напряжением при развитии легочной недостаточности I степени необходимо установить III группу инвалидности. Критериями для определения II группы инвалидности больных хронической пневмонией II стадии служат частые и длительные обострения процесса, формирование стойкой легочной недостаточности II степени и сердечной недостаточности

<sup>1</sup> См. литературу № 40—41.

Таблица 3. Показатели степени легочной недостаточности в покое и через 1 мин после нагрузки (по И. И. Лихницкой, 1960)

Степень легочной недостаточности	ЖЕЛ в % к должной		Число дыханий в 1 мин		Объем одного дыхания, мл		Минутный объем дыхания, в л		Объем альвеолярной вентиляции, л		МВЛ в % к должной		Насыщение артериальной крови кислородом			Диффузионная способность легких, мл/мин · мм рт. ст.)
	покой	нагрузка	покой	нагрузка	покой	нагрузка	покой	нагрузка	покой	нагрузка	покой	нагрузка	покой	нагрузка	время восстановления, мин	
0 (здоровые)	16	21 (+30%)	400	710 (+75%)	6,0	15,0 (+120%)	3,9	12,0 (+210)	100 ± 20	96	94 (-2)	1-2	20,0			
I	21	31 (+45%)	330	520 (+63%)	7,0	16,0 (+135%)	3,8	11,5 (+205)	50	93	89 (-4)	6	15,0			
II	27	40	240	280 (+15%)	6,5	11,0 (+150%)	2,5	5,0 (+100%)	40	90	85 (-5)	10	11,0			
III	32	-	210	-	5,9	-	1,8	-	25	85	77 (-8)	15	7,0			

Примечание. (-) — нагрузка (80 шагательных движений в положении лежа) противопоказана.

I или II степени. В III стадии хронической пневмонии, когда у больных развивается легочная недостаточность III степени и сердечная недостаточность II или III степени, определяется I группа инвалидности.

Хроническая пневмония проявляется многообразной симптоматикой. Условно можно выделить форму хронической пневмонии, при которой доминирует сегментарный или диффузный пневмосклероз; хроническую пневмонию в сочетании с бронхоэктазами; хроническую пневмонию с синдромом обструктивного бронхита или бронхиальной астмы; хроническую пневмонию с выраженной эмфиземой легких.

При первой форме клиническая картина заболевания определяется пневмосклерозом. Соединительная ткань разрастается в легочной паренхиме, нарушает альвеолярную проницаемость и приводит к гипоксемии. Различается несколько типов пневмосклероза. Сетчатый пневмосклероз характеризуется диффузным разрастанием соединительной ткани, что в значительной мере обуславливает расстройства функции внешнего дыхания. Тяжистый пневмосклероз возникает в связи с замедленным рассасыванием воспалительного экссудата в альвеолах, является ограниченным и существенно не влияет на формирование легочной недостаточности. Карнификация развивается в ателектазированных участках легочной паренхимы и не играет значительной роли в нарушении легочного дыхания.

При экспертизе трудоспособности больных хронической пневмонией с диффузным сетчатым пневмосклерозом наибольшее значение приобретает оценка степени легочной и сердечной недостаточности. У больных хронической пневмонией сердечная недостаточность развивается на фоне гипоксии, обусловленной ранее возникшей легочной недостаточностью.

При первичном освидетельствовании во ВТЭК больные хронической пневмонией с диффузным сетчатым пневмосклерозом и легочной недостаточностью I степени в большинстве случаев признаются трудоспособными в профессиях легкого и среднего физического, а также умственного труда. Тяжелый физический труд противопоказан, и больные в соответствующих случаях должны переводиться на другую работу. Профессиональные перемещения не всегда бывают связаны с необходимостью определения группы инвалидности. Однако, если перевод на другую работу связан со снижением квалификации, больные признаются инвалидами III группы на период обучения новой профессии.

Развитие у больных хронической пневмонией с диффузным пневмосклерозом легочной недостаточности II степени в большинстве случаев обуславливает невозможность выполнения работы, связанной с тяжелым и умеренным физическим напряжением, а также с речевой нагрузкой. Больные при освидетельствовании во ВТЭК признаются ограниченно трудоспособными, а иногда нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

При легочной недостаточности III степени больные хронической пневмонией с диффузным сетчатым пневмосклерозом признаются инвалидами II группы. В некоторых случаях выраженные нарушения функции дыхания и кровообращения обуславливают необходимость в постоянном постороннем уходе, и больные признаются инвалидами I группы.

При хронической пневмонии с тяжистым (сегментарным) пневмосклерозом в период ремиссии признаков интоксикации не отмечается. Трудоспособность больных не нарушена, и направлению на ВТЭК они

не подлежат. Однако в целях профилактики инвалидности больные в отдельных случаях подлежат рациональному трудоустройству по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Исключительно редко при необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации, не связанную с охлаждением, вдыханием пыли, больные признаются инвалидами III группы на период приобретения новой профессии.

Сердечная недостаточность I степени, развившаяся на фоне легочной недостаточности I степени, не служит основанием для ограничения трудоспособности лиц умеренного и легкого физического, а также лиц умственного труда. Больных, занятых в профессиях тяжелого физического труда, следует признавать ограниченно трудоспособными при необходимости перевода на работу другой профессии более низкой квалификации.

При наличии сердечной недостаточности II степени, обычно развивающейся на фоне легочной недостаточности II или III степени, больные признаются инвалидами II группы. Сочетание III степени легочной недостаточности и III степени сердечной недостаточности является основанием для признания больных инвалидами I группы.

При частых (3—4 раза в год) и длительных (1—2 мес) обострениях хронической пневмонии больные утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях. Редкие (1—2 раза в год) и кратковременные (10—15 дней) обострения не приводят к постоянной утрате трудоспособности. Такие больные нуждаются в рациональном трудоустройстве в соответствии с рекомендациями ВКК лечебно-профилактических учреждений. При необходимости перевода по состоянию здоровья на работу более низкой квалификации или значительного сокращения объема производственной деятельности в своей профессии больным определяется III группа инвалидности.

Существует ряд профессий, противопоказанных больным хронической пневмонией независимо от степени легочной недостаточности. К ним относятся профессии литейщика, дробильщика, пескоструйщика, бетонщика, электро- и газосварщика, маляра, штукатура, лакировщика, шлифовщика, никелировщика и др. Противопоказанной является также работа, связанная с фасовкой сыпучих материалов, изготовлением ватных и волосяных изделий, воздействием высокой и низкой температуры, влажностью, лучистой энергии, пыли, токсических и раздражающих дыхательные пути веществ.

Показанными видами труда при домашнем трудоустройстве больных являются: сборка металлических игрушек, замков, рыболовных принадлежностей, радиоаппаратуры, электропатронов, штепселей, выключателей, каркасов для абажуров, детских часов, маникюрных наборов, фильмоскопов; изготовление сумок, кружев, мелких художественных изделий из бумаги, картона, кожи, ткани и т. п.

Инвалидам, живущим в сельской местности, доступна работа учетчика, весовщика на току, лаборанта, бригадира овощеводческой бригады, сортировщика фруктов и овощей.

## ВТЭ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ<sup>1</sup>

Ведущим звеном в этиологии бронхиальной астмы является повышенная чувствительность организма к воздействию различных аллергенов. Постоянный контакт с некоторыми промышленными агентами

<sup>1</sup> См. литературу № 39, 42—44.



также может привести к возникновению бронхиальной астмы, например «урсоловой», «астмы металлостов», «астмы рабочих химической промышленности» и т. д., которая рассматривается как профессиональная. Среди причин, вызывающих развитие бронхиальной астмы, особое место занимают хронический бронхит и хроническая пневмония, а также нервно-психическое перенапряжение.

Приступ бронхиальной астмы связан с остро возникающим сужением просвета бронхов, гиперемией и отеком слизистой оболочки, обусловленными перевозбуждением блуждающего нерва. При экспертизе трудоспособности больных бронхиальной астмой важное значение приобретают оценка тяжести и частоты приступов, выяснение причин, способствующих их возникновению, состояние функции внешнего дыхания и кровообращения в межприступный период.

По тяжести клинического течения различают легкую, среднюю и тяжелую формы бронхиальной астмы. При легкой форме приступы удушья возникают 1—2 раза в год, продолжаются не более 15—30 мин и купируются больными самостоятельно. В промежутках между приступами нарушений функции системы внешнего дыхания и кровообращения не наблюдается, самочувствие больных хорошее, трудоспособность сохранена. Вместе с тем в целях профилактики прогрессирования болезни и наступления инвалидности больные должны быть рационально трудоустроены. Трудовые рекомендации определяются ВКК лечебно-профилактических учреждений. В подобных случаях необходимо учитывать условия труда больного, в частности контакт с аллергенами, вызывающими приступ бронхиальной астмы.

При бронхиальной астме средней тяжести приступы возникают 3—4 раза в месяц и купируются после инъекции адреналина, эфедрина, зифиллина и других спазмолитических средств. В межприступном периоде у больных наблюдается легочная недостаточность I или II степени. Больным противопоказана работа в неблагоприятных метеорологических условиях, связанная с тяжелым и средним физическим напряжением, контактом с аллергенами, воздействием раздражающих дыхательные пути запахов и пыли. При этой форме бронхиальной астмы лица умственного и легкого физического труда, работающие в показанных профессиях, остаются трудоспособными.

При тяжелой форме бронхиальной астмы в момент приступа отмечаются вынужденное положение больного, выраженный цианоз и акроцианоз, поверхностное дыхание, частый пульс слабого наполнения. Приступы удушья повторяются 2—3 раза в неделю или ежедневно, нередко они наслаиваются друг на друга. Развивается астматическое состояние. В результате частых и тяжелых приступов формируются эмфизема легких, легочная недостаточность II или III степени и сердечная недостаточность II или III степени. При тяжелой форме клинического течения бронхиальной астмы больные признаются инвалидами II группы. Больным, у которых наступила полная постоянная потеря трудоспособности, нуждающимся в постоянном постороннем уходе, устанавливается I группа инвалидности.

При легкой форме бронхиальной астмы больным противопоказаны тяжелый физический труд, работа в неблагоприятных метеорологических и санитарно-гигиенических условиях, а также связанная с воздействием аллергенов. Перевод больных на другую работу в случае необходимости осуществляется чаще по рекомендации ВКК лечебно-профилактического учреждения. При переводе по состоянию здоровья на работу более низкой квалификации больным на период приобретения новой профессии определяется III группа инвалидности.

При среднем и тяжелом течении бронхиальной астмы противопоказана работа с постоянным значительным физическим и нервно-психическим напряжением, продолжительной речевой нагрузкой, длительной ходьбой, в неблагоприятных метеорологических условиях. Больные признаются инвалидами III или II группы в зависимости от характера течения заболевания, степени легочной и сердечной недостаточности, социальных факторов. В отдельных случаях возможно осуществить трудовое устройство лиц, признанных инвалидами II группы, в специально созданных условиях на предприятиях или на дому.

Основанием к определению причины инвалидности «профессиональное заболевание» при бронхиальной астме в значительной мере служат конкретные условия производства. Причина инвалидности «профессиональное заболевание» устанавливается также в случаях, когда профессиональные вредности вызывают ухудшение уже имевшего общего или профессионального заболевания и утяжеляют группу инвалидности. Чтобы убедиться в причинной связи возникновения приступов бронхиальной астмы с воздействием профессиональной вредности, целесообразно использование временного трудоустройства больных в других производственных условиях с выдачей «профессионального» больничного листка. Вопрос о причине инвалидности при бронхиальной астме решается в каждом случае индивидуально после анализа клинической картины и конкретных условий труда больного.

### ВТЭ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ<sup>1</sup>

Среди лиц, направляемых на ВТЭК в связи с заболеваниями органов дыхания, значительное количество составляют больные бронхоэктатической болезнью.

Различают бронхоэктазы и бронхоэктатическую болезнь; чаще встречаются приобретенные бронхоэктазы, которые возникают у больных как следствие продуктивного или деструктивного панбронхита. Врожденные бронхоэктазы в патологии взрослых существенной роли не играют.

Характерным клиническим симптомом бронхоэктатической болезни является кашель с выделением гнойной зловонной мокроты, количество которой достигает 0,5–1 л в сутки. При аускультации (обычно в нижнезадних сегментах обоих или одного легкого) определяются сухие и влажные хрипы. Нередко наблюдаются булавовидные утолщения концевых фаланг пальцев рук и ног типа «барабанных палочек». Важными симптомами являются кровохарканье и легочные кровотечения, повышение температуры, лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, наблюдающиеся в период обострения бронхоэктатической болезни. В период обострения у больных усиливаются одышка, кашель, увеличивается выделение мокроты, нарастают клинические и рентгенологические симптомы воспалительных изменений в легких и бронхах. Периодические обострения следует рассматривать как неблагоприятный прогностический признак. Прогрессирующий характер течения заболевания приводит к развитию пневмосклероза, нарастанию легочной недостаточности, дистрофических изменений миокарда и сердечной недостаточности по правожелудочковому типу.

Диагностике заболевания способствуют рентгенологические методы исследования, включая бронхографию и томографию. Вместе с тем отсутствие рентгенологических признаков при соответствующей клини-

<sup>1</sup> См. литературу № 45.

ческой картине не служит основанием для отрицания бронхоэктатической болезни.

При экспертизе трудоспособности больных бронхоэктатической болезнью следует учитывать частоту обострений, степень активности процесса, частоту кровохарканья или легочных кровотечений, степень легочной и сердечной недостаточности, социальные факторы. В периоды обострений больные являются временно нетрудоспособными. Редкие (1—2 раза в год) и кратковременные (по 10—15 дней) обострения не нарушают трудоспособность больных в большинстве профессий. В равной степени редкие (1—2 раза в год) и непродолжительные (1—2 дня) кровохарканья, а также легочная и сердечная недостаточность I степени не являются основанием для установления группы инвалидности. В период кровохарканья больные являются временно нетрудоспособными. Одним из ведущих критериев в оценке трудоспособности больных бронхоэктатической болезнью является склонность к обострениям. При частых, хотя и кратковременных (4—6 раз в год по 10—15 дней), или редких, но затяжных (2—3 раза в год по 40—60 дней) обострениях больные должны признаваться ограниченно трудоспособными в профессиях физического, а также умственного труда со значительным нервно-психическим напряжением. При такой склонности к обострениям трудоустройство больных, как правило, ведет к снижению квалификации или уменьшению объема производственной деятельности.

Другим критерием в оценке трудоспособности больных служит склонность к кровохарканьям и кровотечениям. Кровохарканья следует считать частыми в тех случаях, когда они повторяются несколько раз в месяц; необильными, если кровопотеря не превышает 50 мл, и обильными, если она достигает 100—200 мл и более в сутки. Больные, у которых наблюдается выраженная склонность к повторным кровохарканьям или кровотечениям, нуждаются в значительных трудовых ограничениях и признаются инвалидами III группы. Больным противопоказана работа, связанная с пребыванием в условиях низкой температуры, повышенной влажности, запыленности и загазованности атмосферы на рабочих местах, тяжелым физическим напряжением, значительной речевой нагрузкой.

Больные бронхоэктатической болезнью признаются ограниченно трудоспособными в тех случаях, когда на фоне легочной недостаточности I или II степени выявляется склонность к повторным обострениям, частым необильным или редким обильным кровохарканьям.

Основанием для признания больных нетрудоспособными в обычных производственных условиях являются частые и длительные обострения, обуславливающие формирование токсико-инфекционного синдрома; обильные кровохарканья или частые легочные кровотечения; легочная недостаточность II степени; сердечная недостаточность I или II степени; развитие амилоидоза почек и недостаточности их функций.

Инвалидность I группы устанавливается больным бронхоэктатической болезнью при незадыхающихся обострениях, сопровождающихся тяжелой гипоксией, частыми массивными легочными кровотечениями, развитием легочной недостаточности III степени, сердечной недостаточности II—III степени, амилоидоза почек с хронической почечной недостаточностью II—III степени.

Наибольшее клиническое и экспертное значение имеет панацинарная и центриацинарная эмфизема легких, возникновение которой связано с растяжением и атрофией стенки альвеол, деструкцией межальвеолярных перегородок, соединением альвеол между собой в крупные воздушные полости. Наряду с этим, при эмфиземе легких происходят изменения в легочных сосудах, особенно капиллярах, которые постепенно закрываются, что способствует нарушению газообмена и формированию легочного сердца.

Согласно неврогенной теории патогенеза эмфиземы легких, в основе заболевания лежат спазм гладкой мускулатуры бронхиальной дерева и нарушение бронхиальной проходимости. Патологический процесс уже на ранних этапах развития характеризуется нарушением газообмена в легких. Прогрессирующий характер течения заболевания обуславливает нарушение функции дыхания и кровообращения.

Среди симптомов эмфиземы легких основными являются одышка с удлинением фазы выдоха и кашель, которые нарастают при физическом напряжении, речевой нагрузке, отрицательных эмоциях. Кашель носит приступообразный характер. Обращает внимание характерный вид больных: одутловатое лицо, диффузный цианоз, бочкообразная форма грудной клетки. Сердечная недостаточность по правожелудочковому типу выявляется обычно на более поздних этапах развития эмфиземы легких. У больных отмечаются гипертрофия правого желудочка, увеличенная и болезненная печень, периферические отеки, асцит.

Различают 3 степени тяжести эмфиземы легких. Легкая степень характеризуется отсутствием признаков легочной недостаточности либо она не превышает I степени. Больным противопоказана работа в неблагоприятных метеорологических условиях, связанная с тяжелым физическим напряжением, вдыханием пыли и воздействием раздражающих дыхательные пути веществ. Как правило, больные могут быть рационально трудоустроены без снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности в соответствии с трудовыми рекомендациями ВКК лечебно-профилактических учреждений. Они могут выполнять работу с умеренным и легким физическим напряжением, все виды умственного труда. Направлению на ВТЭК такие больные не подлежат.

При средней степени эмфиземы легких, как правило, наблюдаются легочная недостаточность II степени и сердечная недостаточность I или II степени. Больным противопоказан труд, связанный с тяжелым и умеренным физическим напряжением, с длительной ходьбой, речевой нагрузкой, вдыханием пыли, раздражающих газов, в неблагоприятных метеорологических условиях. При необходимости уменьшения объема производственной деятельности в своей профессии либо переводе на другую работу со снижением квалификации лица физического труда признаются инвалидами III группы. Больные умственного труда нередко сохраняют трудоспособность в своей профессии.

Тяжелая степень эмфиземы легких характеризуется развитием легочной недостаточности III степени и сердечной недостаточности II или III степени. Больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. В тех случаях, когда они нуждаются в постоянном постороннем уходе, определяется I группа инвалидности.

## ВТЭ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ<sup>1</sup>

Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки страдает 8—10% взрослого населения.

Главными причинами язвенной болезни являются расстройства нервных и гуморальных механизмов регуляции деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки, изменения структуры слизистой оболочки и местные нарушения пищеварения. Определенную роль играют наследственная предрасположенность и факторы внешней среды — профессия, характер, виды и условия труда, а также межличностные отношения, что должно учитываться при экспертизе трудоспособности больных. В основе патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки лежит взаимодействие факторов «агрессии» и «защиты». Основным фактором «агрессии» является кислый, богатый протеолитическими ферментами, желудочный сок. Высокая секреция соляной кислоты и пепсина является безвредной до тех пор, пока не нарушаются защитные механизмы слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. К факторам «защиты» относятся нейтрализация соляной кислоты в антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишке, резистентность слизистой оболочки, ее способность к регенерации. При язвенной болезни желудка наблюдается преимущественное снижение факторов «защиты», в то время как при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки преобладает усиление факторов «агрессии».

Язвенную болезнь следует отличать от симптоматических язв, возникающих при хронических заболеваниях печени, легких, поджелудочной железы, а также вследствие применения некоторых медикаментов (аспирин, стероидные гормоны, резерпин и т. д.).

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки наиболее часто проявляется болями и диспепсией. При язве желудка характерна локализация болей в подложечной области, обычно без иррадиации. Боли при язве двенадцатиперстной кишки локализуются в подложечной области справа, иррадируют в спину, подреберье, часто возникают ночью, утром натощак или через 2—3 ч после еды.

Для язвенной болезни характерны периодичность обострений весной и осенью, продолжающихся в течение нескольких недель, появление болей в связи с нервно-психическим и физическим напряжением, их исчезновение или уменьшение после рвоты. Болевой синдром трудно поддается объективной оценке. Свидетельством обоснованности жалоб больного могут служить шадящая походка, пигментация на коже живота от прикладывания грелок, напряжение брюшных мышц в подложечной области при пальпации живота, кожная гиперестезия в зонах Захарьина-Геда, упадок питания.

Диспепсические явления — изжога, тошнота, отрыжка, рвота — могут быть ведущими признаками язвенной болезни. При длительных спазмах или рубцово-язвенном стенозе привратника рвотные массы могут содержать пищу, принятую накануне или несколько дней назад. У лиц с неустойчивой нервной системой рвота бывает неукротимой. Частая и упорная рвота может привести к значительному нарушению питания и существенно влиять на состояние трудоспособности больных. Скрытые язвенные кровотечения наблюдаются главным образом в период обострения болезни.

<sup>1</sup> См. литературу № 46—50.

У больных язвенной болезнью развиваются нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка. При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке секреторная и кислотообразующая функции желудка обычно повышены. Напротив, при локализации язвы в желудке чаще имеет место снижение объема секреции и кислотности желудочного сока.

При обострении язвенной болезни наблюдаются расстройства моторно-эвакуаторной функции желудка, в частности первичный спазм привратника, неравномерность перистальтических волн, дискинезия. Нарушение эвакуаторной функции желудка при рубцовом стенозе привратника или стойком пилороспазме ведет к изменению водно-солевого обмена и упадку питания.

При исследовании крови у больных язвенной болезнью может наблюдаться анемия, обусловленная, в частности, кровотечениями, реже — эритроцитоз. При обострении заболевания нередко выявляются лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличенная СОЭ, гипо- и диспротеинемия, в частности уменьшение содержания фракции альбуминов, увеличение фракции  $\gamma$ -глобулинов, уменьшение фракции  $\beta$ -глобулинов, возрастание  $\alpha_1$ - и  $\alpha_2$ -глокопротеидов,  $\gamma$ - и суммарной  $\alpha$ -фракции липопротеидов, уменьшение содержания  $\beta$ - и  $\gamma$ -глокопротеидов и  $\beta$ -липопротеидов.

В процессе рентгенологического исследования у 50—70 % больных обнаруживается язвенная ниша.

При экспертизе трудоспособности следует учитывать тяжесть клинического течения язвенной болезни, осложнения, социальные факторы. Различают легкую, среднюю и тяжелую форму язвенной болезни. Легкая форма характеризуется редкими (1 раз в 2—3 года) обострениями, которые возникают вследствие значительных нарушений режима питания и нервно-психического или физического перенапряжения. Болевой и диспепсический синдром выражен нерезко. В период клинической ремиссии больные не предъявляют жалоб и сохраняют трудоспособность в своей профессии. При легкой форме язвенной болезни противопоказана работа, связанная с постоянным значительным физическим напряжением, сотрясением тела, травматизацией подложечной области, контактом с промышленными ядами, парами щелочей и кислот, частыми командировками и разъездами, препятствующими соблюдению режима питания. Необходимые ограничения в трудовой деятельности могут быть определены по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

При форме средней тяжести обострения язвенной болезни возникают 2—3 раза в год и продолжаются до 4—6 нед. Обострения сопровождаются выраженным болевым и диспепсическим синдромом. У больных наблюдаются рвота, нарушение секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка, упадок питания. В период ремиссии клинические симптомы полностью не исчезают. При этой форме язвенной болезни вопрос о состоянии трудоспособности решается с учетом особенностей клинического течения и социальных факторов. Лицам умственного труда при обострении язвенной болезни, продолжающемся свыше 4 мес, целесообразно продлить лечение по временной нетрудоспособности. После окончания курса лечения и достижения ремиссии трудоспособность больных восстанавливается, в необходимых случаях — с ограничениями в работе по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Лица, работающие в профессиях, связанных со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, сотрясением и вынужденным положением тела, длитель-

ной ходьбой, контактом с кислотами и щелочами и т. п., признаются ограниченно трудоспособными на период переобучения, при необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации.

При тяжелой форме язвенной болезни обострения развиваются 4—6 раз в год и чаще, продолжаются по 6—8 нед и сопровождаются резко выраженным болевым и диспепсическим синдромом. Нередко заболевание приобретает непрерывно-рецидивирующий характер течения. Формируются различные осложнения, упадок питания. Консервативное лечение малоэффективно. Больные тяжелой формой язвенной болезни в большинстве случаев к профессиональному труду непригодны и признаются инвалидами II группы. Однако в отдельных случаях они могут выполнять работу без предписанного темпа и физического напряжения, вблизи от места жительства, в дневную смену, либо на дому.

При осложненной форме язвенной болезни трудоспособность больных зависит от характера осложнений. Трудоспособность больных с компенсированным стенозом привратника и другими осложнениями, не требующими хирургического лечения, определяется по тем же критериям, что и при неосложненной форме язвенной болезни. При декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка, хронических каллезных и пенетрирующих язвах, повторных кровотечениях больные признаются инвалидами II группы. В большинстве случаев они нуждаются в оперативном лечении. В дальнейшем состояние трудоспособности больных зависит от результатов операции, степени выраженности морфологических и функциональных нарушений, социальных факторов.

### **ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ<sup>1</sup>**

Заболевания желчевыводящих путей значительно распространены среди лиц трудоспособного возраста. Заболеваемость составляет 10 на 1000 населения, причем женщины страдают чаще. Состояние трудоспособности больных желчнокаменной болезнью определяется характером клинического течения, степенью нарушений функций печени, осложнениями, а также социальными факторами.

Клиническая картина желчнокаменной болезни характеризуется болями в правом подреберье, диспепсическими расстройствами, приступами желчной колики.

При желчнокаменной болезни наблюдаются изменения секреторной и эвакуаторной функций желудка, снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы, нарушение функции печени в белковом, пигментном и других видах обмена. Наряду с этим нередко возникают поражение миокарда, коронарных артерий, а также астеноневротические и ипохондрические расстройства.

В диагностике желчнокаменной болезни определенное значение имеет обнаружение в желчи кристаллов холестерина и билирубината кальция, понижение холато-холестеринового коэффициента.

Решающая роль в диагностике желчнокаменной болезни принадлежит холецистографии, позволяющей установить форму и размеры желчного пузыря, локализацию камней, состояние желчных протоков, концентрационную и сократительную функции желчного пузыря, дискинетические расстройства.

<sup>1</sup> См. литературу № 51, 52.

Различают 3 клинические формы желчнокаменной болезни — легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая форма характеризуется непродолжительными приступами желчной колики от 1 до 5 раз в году, сопровождающимися кратковременной лихорадкой. Желтухи, как правило, не бывает. Приступы легко купируются спазмолитическими препаратами при приеме их внутрь. Межприступный период характеризуется периодическими ноющими болями в правом подреберье и диспепсическими расстройствами. Концентрационная и моторная функции желчного пузыря обычно не изменены. Наблюдается нарушение белковообразовательной функции печени, реже углеводной.

Трудоспособность больных легкой формой желчнокаменной болезни сохранена во многих профессиях. Им доступны все виды труда с легким и средним физическим, а также нервно-психическим напряжением.

Форма средней тяжести характеризуется приступами желчной колики, возникающими в среднем 1 раз в месяц, длительностью до 6 ч, которые сопровождаются повышением температуры тела, рвотой, нередко желтухой, купируются инъекциями спазмолитических средств. В межприступный период наблюдаются умеренные постоянные боли в правом подреберье, диспепсические расстройства, определяются нарушение белковой, углеводной, антиоксидантной функций печени и внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Часто присоединяются хронический персистирующий гепатит и рецидивирующий панкреатит. Концентрационная функция желчного пузыря нередко нарушается.

Больным желчнокаменной болезнью средней тяжести противопоказана работа, связанная с подъемом тяжестей, вождением транспорта, предписанным темпом, напряжением брюшного пресса, а также выполняемая в вынужденном положении тела. Трудоспособность больных сохраняется во многих профессиях умственного труда со значительным и умеренным нервно-психическим напряжением и физического труда (токарь, фрезеровщик и т. п.).

При снижении квалификации больного в связи с необходимостью перевода на другую работу либо уменьшения объема производственной деятельности определяется III группа инвалидности на период рационального трудоустройства или приобретения непротивопоказанной профессии.

Тяжелая форма желчнокаменной болезни характеризуется частыми (2—3 раза в неделю) и длительными приступами желчной колики, которые купируются только после применения наркотиков.

В межприступном периоде сохраняются стойкий болевой синдром, диспепсические расстройства, субфебрильная температура. У больных диагностируются такие осложнения, как хронический холестатический гепатит с нарушением функции печени, хронический рецидивирующий панкреатит с расстройствами внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Больные тяжелой формой желчнокаменной болезни признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

Врачебно-трудовая экспертиза при хроническом холецистите определяется клинической формой, осложнениями, эффективностью лечения, социальными факторами.

Клиническая картина хронического холецистита характеризуется постоянными или приступообразными болями в правом подреберье, синдромом желудочной диспепсии, вздутием живота, запорами.



При пальпации в области желчного пузыря определяется болезненность. С помощью метода фракционного исследования желчи обнаруживаются нарушения функции желчного пузыря, характер и природа воспалительного процесса. Удлинение времени появления порции В желчи свыше 20 мин или ее отсутствие указывают на нарушение моторной функции желчного пузыря. Обнаружение дисхолии подтверждает расстройство концентрационной функции. Для воспалительного процесса характерно наличие в порции В желчи хлопьев слизи, большого количества лейкоцитов и эпителиальных клеток. Хроматическое зондирование с применением метиленового синего позволяет установить момент появления пузырного рефлекса, время сокоотделения, количество порции В и состав желчи. Воспалительный процесс в желчном пузыре может быть диагностирован с помощью холецистографии. При этом обнаруживаются стойкие нарушения формы, моторной и концентрационной функций желчного пузыря. Этиология хронического холецистита может быть подтверждена комплексом бактериологических исследований.

Выделяются 3 клинические формы хронического холецистита.

Легкая форма характеризуется умеренно выраженными болями, усиливающимися после физического напряжения или погрешности в диете, и диспепсическими расстройствами. Обострения развиваются в среднем 1—2 раза в году и продолжаются около 1—2 нед. Функции желчного пузыря нарушаются незначительно. Больные легкой формой хронического холецистита трудоспособны в большинстве профессий. Им противопоказана работа в вынужденном положении, связанная с постоянным напряжением брюшного пресса. В необходимых случаях ограничения в трудовой деятельности осуществляются по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Форма средней тяжести характеризуется стойкими болями в правом подреберье, усиливающимися при физическом или нервно-психическом напряжении, повышением температуры тела. Обострения возникают 5—6 раз в год и продолжаются в среднем по 3 нед. Значительно нарушаются функции желчного пузыря. Нередко развиваются хронический гепатит, панкреатит и другие осложнения.

Большим доступен легкий физический и умственный труд с умеренным нервно-психическим напряжением. При необходимости перевода по состоянию здоровья на другую работу со снижением квалификации или ограничением объема производственной деятельности в прежней профессии больным устанавливается III группа инвалидности.

Тяжелая форма характеризуется непрерывно-рецидивирующим течением и выраженными осложнениями (хронический панкреатит, хронический гепатит, холангит, спайки и др.).

Трудоспособность больных в обычных производственных условиях утрачивается, и им определяется II группа инвалидности. В отдельных случаях больные могут выполнять работу с незначительным физическим напряжением, без предписанного темпа в дневную смену, вблизи от места жительства или на дому (сборка мелких деталей из дерева и металла; счетно-канцелярская работа). Лица квалифицированного умственного труда (врачи, юристы, преподаватели, инженеры) могут работать в специально созданных условиях, в качестве консультантов.

Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит могут предшествовать раку желчного пузыря. Больные предъявляют жалобы на снижение аппетита, прогрессирующее похудание. Постоянно разви-

вается обтурационная (подпеченочная) желтуха. При исследовании крови обнаруживаются умеренная гипохромная анемия и увеличенная СОЭ. На холцистограммах тень желчного пузыря нередко не определяется.

Больные подлежат оперативному лечению. После холецистэктомии вопрос о состоянии трудоспособности решается в зависимости от стадии заболевания, размеров удаленной опухоли, ее гистологической структуры и т. п. При первичном освидетельствовании во ВТЭК, как правило, определяется II группа инвалидности. Принципы оценки трудоспособности при переосвидетельствовании больных раком желчного пузыря соответствуют таковым при злокачественных новообразованиях другой локализации (см. гл. 18).

Врачебно-трудовая экспертиза при дискинезии желчных путей. Приято различать первичную и вторичную дискинезию. Первичная дискинезия связана с нарушением функции желчного пузыря без признаков воспалительных изменений и встречается значительно чаще, чем распознается. Она проявляется непостоянными кратковременными болями в правом подреберье, возникающими при нервном напряжении или погрешностях в диете. При дуоденальном зондировании отмечается лабильность пузырного рефлекса. Эвакуация из желчного пузыря ускорена, количество желчи в порции В уменьшено, воспалительных изменений в желчи нет. На холцистограммах выявляется уменьшение размеров желчного пузыря. Трудоспособность больных первичной дискинезией желчных путей полностью сохраняется. В целях профилактики развития желчнокаменной болезни и хронического холецистита целесообразно рекомендовать работу, не связанную с тяжелым физическим напряжением, вибрацией, травматизацией подложечной области.

Вторичная дискинезия желчных путей развивается у больных, страдающих хроническим холециститом, ангиохолитом и другими заболеваниями желчных путей. Состояние трудоспособности больных определяется основным заболеванием.

## ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ<sup>1</sup>

Хронический панкреатит осложняет течение желчнокаменной болезни в 50—60% случаев и значительно снижает трудоспособность больных. Вопросы стойкой утраты трудоспособности решаются в зависимости от клинической формы хронического панкреатита, степени нарушений внешней и внутренней секреции, а также социальных факторов.

При обострении хронического панкреатита отмечаются болезненность в подложечной области и левом подреберье, приступы опоясывающих болей, рвота. Уровень диастазы крови и мочи повышается. В желчи отмечается снижение содержания ферментов поджелудочной железы и бикарбонатной щелочности. Диагноз хронического панкреатита может быть подтвержден рентгенологическими методами исследования, а также обнаружением антител к ткани поджелудочной железы в сыворотке крови. Следует выделять 3 степени тяжести хронического панкреатита.

При легкой степени обострения кратковременны и возникают редко, в среднем 1—2 раза в году. Боли купируются приемом спазмолитических препаратов, длительность временной нетрудоспособности

<sup>1</sup> См. литературу № 53.

составляет 1—2 нед. В фазе ремиссии состояние больных удовлетворительное.

Трудоспособность больных в обычных производственных условиях чаще всего полностью сохраняется. Однако им противопоказана работа, связанная с тяжелым физическим напряжением, вибрацией, напряжением брюшного пресса.

Средняя степень тяжести в фазе обострения характеризуется выраженным болевым синдромом, который купируется парентеральным введением спазмолитических и обезболивающих средств, ингибиторов трипсина. Обострения возникают 3—5 раз в год, длятся по 3—4 нед и сопровождаются повышением температуры тела, нейтрофильным лейкоцитозом. Диастаза крови и мочи, как правило, повышена. В периоды ремиссии отмечается снижение внешней секреции поджелудочной железы.

Трудоспособность больных нарушается. Им противопоказана работа, связанная с умеренным физическим напряжением, длительной ходьбой, вынужденным положением тела, напряжением брюшного пресса. При необходимости перевода на другую работу со снижением квалификации или ограничением объема производственной деятельности в прежней профессии больным определяется III группа инвалидности.

Тяжелая степень характеризуется непрерывно-рецидивирующим течением хронического панкреатита, истощением больного. Отмечается резкое и стойкое угнетение внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Возможно развитие сахарного диабета. Больные признаются инвалидами II группы.

## ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ И ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ<sup>1</sup>

Хронический гепатит и цирроз печени нередко приводят к стойкой утрате трудоспособности. Современные методы лечения позволяют в ряде случаев добиться длительной ремиссии и положительной динамики в состоянии трудоспособности больных хроническими заболеваниями печени.

Хронические диффузные гепатиты по морфологическому признаку подразделяются на 3 группы: активный (агрессивный), персистирующий и холестатический. Различается прогрессирующее, стационарное и регрессирующее течение хронических гепатитов. Хронический активный (агрессивный) гепатит чаще всего патогенетически связан с перенесенным острым вирусным гепатитом, отличается рецидивирующим течением с исходом в цирроз печени. Клинически заболевание характеризуется желтухой, диффузным увеличением и болезненностью печени, режелезенки, лихорадкой, увеличением СОЭ, повышением трансаминаз, гипергаммаглобулинемией, повышением уровня билирубина в сыворотке крови, лейкопенией, тромбоцитопенией. Как правило, при хроническом активном гепатите развиваются поражение почек, суставной и кожный синдром, лимфаденопатия, нарушение функций эндокринных желез. Тяжелое поражение печени и висцеральные проявления заболевания обуславливают наступление инвалидности. В зависимости от выраженности клинической симптоматиологии, степени недостаточности функций печени, социальных факторов больные хроническим активным гепатитом признаются ограниченно трудо-

<sup>1</sup> См. литературу № 49, 54, 55.

способными либо полностью утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях.

Хронический персистирующий гепатит клинически характеризуется тупыми болями в правом подреберье, нарушением аппетита. Отмечается диффузно увеличенная печень, реже — селезенка. Нарушений функций гепатоцитов, а также внепеченочных проявлений заболевания в фазу ремиссии не наблюдается. Течение персистирующего гепатита благоприятное, однако возможны периоды обострений. Ремиссии длительные. Трудоспособность больных в большинстве профессий сохранена.

Хронический холестатический гепатит развивается на почве хронического холецистита (холангита), желчнокаменной болезни. Клинически проявляется кожным зудом, нередко выраженной желтухой, повышением уровня билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы крови, увеличением печени. При стационарном течении заболевания трудоспособность больных в непротивопоказанных профессиях сохраняется. В случае прогрессирующего течения у больных может сформироваться билиарный цирроз печени.

Цирроз печени обозначается как сочетанное поражение паренхимы и стромы, сопровождающееся дистрофией и некрозами гепатоцитов, их регенерацией, признаками воспаления и диффузным разрастанием соединительной ткани, перестройкой паренхимы и сосудистой системы печени. Цирроз печени развивается вследствие перенесенного вирусного гепатита, алкоголизма, алиментарной недостаточности, хронической химической интоксикации (хлорированные углеводороды, соли тяжелых металлов, производные бензола и другие гепатотропные яды). Переход хронического гепатита в цирроз печени совершается постепенно, без выраженных морфологических и клинических границ. Однако цирроз печени существенно отличается от хронического гепатита развитием портальной гипертензии и синдрома гиперспленизма, а также необратимым характером морфологических изменений печени.

Различают три морфологических типа цирроза печени — портальный, постнекротический и билиарный. Нередко встречается смешанный цирроз печени, когда у больного имеются клинические и морфологические признаки различных типов цирроза.

Портальный цирроз характеризуется развитием портальной гипертензии, опережающей появление функциональных нарушений печени. В начальной стадии печень увеличена, плотная на ощупь. Поверхность ее гладкая, край острый. Нарушения функций гепатоцитов развиваются в дистрофической стадии. Течение портального цирроза печени прогрессирующее. Трудоспособность больных в основном определяется степенью портальной гипертензии.

Постнекротический цирроз печени характеризуется опережающим развитием нарушений функции гепатоцитов в различных сферах обмена и сравнительно поздним формированием портальной гипертензии. В начальной стадии печень увеличена, край ее плотный и неровный; поверхность бугристая. Повторные рецидивы обуславливают прогрессирующий характер течения заболевания. Трудоспособность больных определяется частотой и тяжестью рецидивов и степенью нарушения функции гепатоцитов.

Билиарный цирроз печени характеризуется опережающим развитием синдрома холестаза (гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, высокий уровень щелочной фосфатазы и др.). Портальная гипертензия и нарушения функций гепатоцитов развиваются в конечной стадии. Печень, как правило, увеличена, край ее гладкий. Нередко наблюдаются артралгия, остеопороз.

Клиническими признаками активности процесса в печени у больных хроническими гепатитами и циррозами являются ухудшение самочувствия, усиление болей в правом подреберье, появление новых «сосудистых звездочек», разлитие асцита, повышение температуры тела. Лабораторными тестами активности процесса являются повышение содержания трансаминааз, изоферментов лактатдегидрогеназы, увеличение щелочной фосфатазы и уменьшение холинэстеразы, повышение  $\alpha_2$  и  $\gamma$ -глобулинов, снижение  $\beta$ -липопротеидов и увеличение  $\beta$ -глокопротеидов в сыворотке крови. Морфологическими признаками активно текущего процесса служат некрозы и регенерация гепатоцитов, пролиферация соединительнотканых элементов, что подтверждается данными пункционной биопсии печени.

Для оценки функций печени в различных сферах обмена следует пользоваться лабораторными методами исследования, которые условно подразделяются на обязательные и дополнительные. Обязательные функциональные пробы должны проводиться всем больным хроническими гепатитами и циррозами печени, направляемым во ВТЭК. Они включают исследование общего количества белка и его фракций; тимоловую пробу; определение билирубина крови и его фракций, желчных пигментов и уробилина в моче; активности трансаминазы, изоферментов лактатдегидрогеназы; протромбина, холестерина крови; исследование сахарной кривой; пробы Квика — Пытеля; анализ периферической крови с подсчетом тромбоцитов; дуоденальное зондирование; рентгенологическое исследование пищевода и желудка в целях диагностики портальной гипертензии. Дополнительные методы исследования способствуют более точной оценке функции печени. К ним относятся определение в сыворотке крови моноглобурина и диглобурина билирубина; количественное определение уробилина в 3-часовых порциях мочи в течение суток; исследование сахарной кривой при нагрузке галактозой с параллельным определением уровня галактозурии; исследование экскреции с мочой 17-кетостероидов до и после нагрузки АКТГ; определение содержания холестерина, холинэстеразы, щелочной фосфатазы, амилазы; определение витамина В<sub>12</sub>, фракций липо- и глокопротеидов, эфирсвязанного холестерина крови.

Функциональные пробы печени, изученные в динамике, помогают оценить степень и характер поражения функции печени, направленность патологического процесса и тем самым способствуют определению клинического и трудового прогноза. Суждение о степени недостаточности функций печени может быть вынесено по совокупности результатов клинического исследования больного и показателей функциональных печеночных проб. Целесообразно различать функциональную компенсацию, когда самочувствие больных удовлетворительное, а показатели функциональных проб нормальные, и функциональную недостаточность печени легкой, средней и тяжелой степени.

При легкой степени больные жалуются на ухудшение общего состояния, снижение работоспособности, слабость. Отмечаются умеренное повышение фракции  $\gamma$ -глобулинов и  $\alpha$ -глокопротеидов, уменьшение  $\beta$ -липопротеидов, появление в сыворотке крови билирубина — моноглобурина и уробилина в моче.

При средней степени больные жалуются на адинамию, анорексию, диспепсические расстройства. Отмечаются значительные нарушения функций печеночных клеток: снижен протромбиновый индекс, в крови определяются гипопротейнемия и гипоальбуминемия, повышенное содержание моно- и диглобурина билирубина, снижение антиоксидантной функции печени, уробилинурия.

При тяжелой степени отмечаются выраженная интоксикация, азотемия, олигурия, желтуха, функциональные пробы печени резко нарушены.

Развитие синдрома портальной гипертензии значительно снижает трудоспособность больных. Нормальное давление в воротной вене равно 98,1—19,6 кПа (100—200 мм вод. ст.), при портальной гипертензии оно повышается до 58,8 кПа (600 мм вод. ст.). При затруднении оттока крови из печени возникают застой и переполнение селезенки кровью, спленомегалия. В дистрофической стадии цирроза печени появляется асцит.

Тяжелыми осложнениями портальной гипертензии являются массивные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, развитие портосистемной энцефалопатии.

Основными клиническими симптомами поражения центральной нервной системы вследствие аммиачной интоксикации являются нарушение психики больного, значительный тремор кистей, непроизвольное движение пальцев, судороги мимической мускулатуры. При тяжелом поражении центральной нервной системы возможно развитие ступора и аммиачной комы.

Одним из главных критериев оценки трудоспособности больных циррозами печени является степень портальной гипертензии.

I степень портальной гипертензии характеризуется развитием метеоризма, диспепсических расстройств, неустойчивостью стула, увеличением селезенки. Давление в портальной системе незначительно повышено (до 24,5 кПа, или 250 мм вод. ст.). II степень портальной гипертензии характеризуется значительным увеличением селезенки, большей выраженностью диспепсических нарушений. Давление в портальной системе возрастает до 24,5—29,4 кПа (250—300 мм вод. ст.). III степень портальной гипертензии отличается, помимо отмеченных выше симптомов, формированием варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Давление в портальной системе может достигать 39,2—49,0 кПа (400—500 мм вод. ст.). Нередко развивается синдром гиперспленизма (анемия, тромбоцитопения, лейкопения). IV степень портальной гипертензии характеризуется периодическими пищеводно-желудочными кровотечениями.

При очаговых гепатитах, развившихся у больных абсцессом печени или различными гранулематозами (туберкулез, саркоидоз, сифилис), расстройства функции печени возникают редко, и экспертиза трудоспособности в подобных случаях определяется клиническим течением основного заболевания.

Больные хроническим персистирующим гепатитом со стабильным течением, без расстройств функций печени длительное время остаются трудоспособными в своей профессии. Оценка трудоспособности больных хроническим активным и холестатическим гепатитом зависит от частоты рецидивов, особенностей клинического течения заболевания, степени нарушения функций гепатоцитов, а также социальных факторов.

В период обострения процесса (активная фаза) больные признаются временно нетрудоспособными.

Больным хроническим гепатитом, независимо от морфологической формы, противопоказана работа, связанная с воздействием высокой или низкой температуры, гепатотропных ядов (этилированный бензин, четыреххлористый углерод, бензол, ксилол, толуол, ртуть, мышьяк, фосфор), других неблагоприятных факторов. Непротивопоказанными являются профессии среднего и легкого физического, а также умственного труда.

Трудоспособность больных циррозами печени определяется характером клинического течения заболевания, степенью нарушения функции печени и портальной гипертензии, поражением других органов и систем, а также характером и условиями труда.

При экспертизе трудоспособности больных циррозами печени следует различать 4 стадии заболевания.

В I стадии, пограничной с хроническим гепатитом, больные отмечают слабость, тупые боли в правом подреберье, иногда приступы печеночной колики. При объективном исследовании обнаруживаются увеличенная плотная печень, телеангиэктазии на лице, конечностях, туловище. В ходе обострения процесса появляется желтуха. Портальная гипертензия и нарушение функций гепатоцитов не превышают I степени. В I стадии заболевания лица умственного труда трудоспособны. Лицам физического труда доступны профессии с легким и средним напряжением. При необходимости перевода на другую работу со снижением квалификации или уменьшения объема производственной деятельности в своей профессии больным определяется III группа инвалидности.

Во II стадии наблюдается усиление общих симптомов заболевания. Больные отмечают слабость, утомляемость, снижение работоспособности. При объективном исследовании определяются желтуха, геморрагический синдром, увеличенная плотная печень, портальная гипертензия I степени и нарушение функций гепатоцитов II степени, гиперспленизм. В этой стадии цирроза печени больным доступен легкий физический труд. Лица умственного труда остаются трудоспособными в своей профессии, но в необходимых случаях по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений должны освободиться от дополнительных нагрузок. При освидетельствовании во ВТЭК больным может быть определена III группа инвалидности в связи с необходимостью перевода на другую работу более низкой квалификации или уменьшения объема производственной деятельности.

В III стадии наблюдается развернутая клиническая картина сформировавшегося цирроза печени. Печень уменьшена в объеме, плотная на ощупь. Определяются портальная гипертензия II или III степени и нарушения функций печени II или III степени, а также синдром гиперспленизма. Больные, как правило, направляются на освидетельствование во ВТЭК и признаются органично трудоспособными. По мере нарастания нарушений функций печени и портальной гипертензии больные утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях.

В IV стадии цирроза печени наблюдается картина тяжелой эндогенной дистрофии: снижение массы тела, полигиповитаминоз, асцит, постоянная желтуха. Печень плотная на ощупь, часто уменьшена в размерах. Селезенка увеличена, отмечается синдром гиперспленизма. Резко выражены нарушения функций печеночных клеток и проявления портальной гипертензии. Больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. В случаях, когда они нуждаются в постоянном постороннем уходе, определяется I группа инвалидности.

## ВТЭ ПРИ ЯЗВЕННОМ ХРОНИЧЕСКОМ (НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ) КОЛИТЕ<sup>1</sup>

Этиология язвенного хронического колита не выяснена. Существуют предположения об изменении общей реактивности организма вследствие расстройства функций центральной нервной и эндокринной систем, а также алиментарных нарушений. В патогенезе заболевания важную роль играют механизмы аутоиммунноагрессии. Морфологические изменения чаще всего наблюдаются в прямой и сигмовидной кишках, однако они могут распространяться на всю толстую кишку. Тяжесть клинических проявлений заболевания определяется распространенностью патологического процесса.

Клиническая картина язвенного хронического колита характеризуется сочетанием местных проявлений поражения толстой кишки (боли внизу живота, понос, тенезмы, кишечные кровотечения) и общих расстройств (повышение температуры тела, слабость, похудание, боли в суставах). Решающее значение в диагностике язвенного хронического колита имеет ректороманоскопическое исследование, в процессе которого выявляются отек и гиперемия слизистой, стертость сосудистого рисунка, повышенная кровоточивость, язвы, эрозии, псевдополипы. В просвете кишки определяется кровянисто-гнойное содержимое.

При тяжелом течении язвенного хронического колита отмечается снижение концентрации калия и кальция крови. Наряду с этим наблюдается падение уровня альбуминов сыворотки крови, нарастание фракций  $\alpha_2$ - и  $\gamma$ -глобулинов, причем выраженность нарушений белкового обмена пропорциональна степени тяжести заболевания.

Одним из наиболее чувствительных показателей активности процесса при язвенном хроническом колите является содержание белково-углеводного комплекса в сыворотке крови — гаптоглобулина, серомукоида и особенно серозомукоида.

При ирригоскопии выявляются сглаженность или отсутствие гаустрации, неравномерность контура толстой кишки, перестройка рельефа слизистой оболочки в виде мелкой и крупной сетчатости.

На ранней стадии заболевания, а также в фазу клинической ремиссии и при дистальных формах поражения, рентгенологические признаки язвенного хронического колита могут отсутствовать. В диагностике заболевания большое значение имеют колоноскопия, позволяющая оценить характер изменений слизистой на всем протяжении толстой кишки, и биопсия слизистой прямой кишки.

Различают 3 степени тяжести язвенного хронического колита.

При тяжелой степени больные жалуются на частый жидкий стул (более 6 раз в сутки), кровотечение из прямой кишки, высокую температуру тела, слабость. Отмечаются бледность и сухость кожных покровов, тахикардия, гипотония, олигурия, выраженное нарушение водно-солевого и белкового обмена, гипохромная анемия, увеличенная СОЭ, прогрессирующее похудание. При пальпации определяются урчание и болезненность всей толстой кишки. Ректороманоскопически в период обострения обнаруживаются явления проктосигмоидита, язвы и псевдополипы. При ирригоскопии выявляются чаще всего тотальное поражение толстой кишки, язвы и псевдополипы.

При средней степени тяжести стул учащается до 4—5 раз в сутки, у больных отмечается умеренное кровотечение из прямой кишки. Пальпаторно определяется болезненность по ходу нисходящего

<sup>1</sup> См. литературу № 56.



отдела толстой кишки. При ректороманоскопии обнаруживаются отечность, гиперемия и кровоточивость слизистой оболочки прямой кишки. Подобные изменения происходят в сигмовидной и нисходящей части толстой кишки, что подтверждается ирригоскопией. Наблюдаются умеренная анемия и лейкоцитоз, незначительное похудание больных.

При легкой степени язвенного хронического колита стул учащается до 2—3 раз в сутки, и общее состояние больных остается удовлетворительным. Пальпаторно определяется болезненность сигмовидной кишки. Ректороманоскопическое исследование выявляет умеренный отек слизистой, незначительную контактную кровоточивость; язв и эрозий нет. Показатели периферической крови, водно-солевого и белкового обмена, а также данные ирригоскопии — в пределах нормы.

Язвенный хронический колит нередко сопровождается нервно-психическими нарушениями, при тяжелом течении возможно патологическое развитие личности. Нервно-психические нарушения проявляются астеническим синдромом, основными симптомами которого служат истощаемость, ухудшение активного внимания, оперативности мышления и памяти, а также головные боли, головокружение, стойкий красный дермографизм, лабильность пульса и артериального давления, гипергидроз и другие вегетативные расстройства.

Различают прогрессирующий, стационарный и регрессирующий характер течения заболевания.

При прогрессирующем течении наблюдаются переход легкой формы язвенного хронического колита в более тяжелую и развитие осложнений. При стационарном течении патологический процесс стабилизируется, и на протяжении целого ряда лет не наблюдается обострений и динамики морфологических изменений. Для больных с регрессирующим течением язвенного хронического колита характерно уменьшение частоты и тяжести рецидивов и удлинение ремиссий.

Развитие осложнений снижает трудоспособность больных. К местным осложнениям относятся кишечные кровотечения, перфорация, стеноз; к общим — развитие полиартрита, пиодермий, перерождение в рак.

Оценка трудоспособности при язвенном хроническом колите определяется характером течения и степенью тяжести заболевания, частотой и длительностью обострений, осложнениями, эффективностью лечения, а также условиями труда больных, трудовой направленностью, возможностью рационального трудоустройства. Больным язвенным хроническим колитом противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением (каменщик, бетонщик, проходчик), командировками, длительным вынужденным положением тела, заданным темпом, воздействием шума, вибрации, токсических агентов (бензин, ртуть, свинец, мышьяк, бензол), высоких и низких температур и т. п.

Временная нетрудоспособность больных легкой формой язвенного хронического колита в фазе обострения продолжается 3—5 нед. При более тяжелых формах она продолжается до 2 мес и более.

В случае эффективности лечения больные легкой и средней клиническими формами возвращаются к трудовой деятельности в показанных профессиях; необходимые ограничения могут быть осуществлены по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Показаниями к направлению больных во ВТЭК служат тяжелая форма болезни, неэффективность проводимой терапии, выраженные нервно-психические расстройства, осложнения, необходимость уменьше-

ния объема работы или перевода больного на другую работу более низкой квалификации.

I группа инвалидности определяется большим тяжелой формой язвенного хронического колита при отсутствии эффекта от консервативной терапии, развитии осложнений, а также больным, перенесшим резекцию толстой кишки с наложением постоянной илеостомы, либо при развитии осложнений (кишечные свищи, дисфункция илеостомы, выпадение стомы, частичная кишечная непроходимость).

Основанием для определения больным II группы инвалидности является прогрессирующее течение язвенного хронического колита со стойкими нарушениями функции кишечника без выраженных местных и общих осложнений, отсутствие эффекта от лечения. Нетрудоспособными в обычных производственных условиях признаются также лица, которым наложена кишечная стома, при неблагоприятном клиническом течении заболевания в послеоперационном периоде, при значительном истощении, нарушении белкового и электролитного обмена. В ряде случаев трудоспособность больных полностью утрачивается в связи с патологическим развитием личности.

III группа инвалидности определяется больным с поражением дистальных отделов толстой кишки, у которых наблюдаются ежегодные повторные обострения и они нуждаются в переводе на другую работу более низкой квалификации либо значительном уменьшении объема производственной деятельности в своей профессии.

Ограниченно трудоспособными признаются также лица, перенесшие оперативное вмешательство с наложением кишечной стомы при условии хорошего ее функционирования, незначительного нарушения белкового и электролитного обмена, умеренно выраженных нервнопсихических расстройств.

Больные, перенесшие субтотальную резекцию толстой кишки с наложением цекостомы, функционирующей не чаще 2 раз в сутки, а также после наложения илоректального анастомоза и отсутствии осложнений признаются трудоспособными в обычных производственных условиях в случае выполнения ими непротивопоказанной работы.

## **ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК<sup>1</sup>**

Одним из основных медицинских критериев экспертизы трудоспособности больных являются характер и степень нарушения функции почек. Потеря более 3 г белка в сутки с мочой свидетельствует о нефротическом синдроме и отражает преимущественно поражение канальцевого аппарата почек. Преобладание фракции грубодисперсных белков наблюдается при нарушении функции клубочкового аппарата почек. О концентрационной функции почек можно судить по результатам пробы Зимницкого, оценивая которую следует учитывать соотношение количества выпитой жидкости и выделенной мочи, ночного и дневного диуреза (максимальный и минимальный), относительную плотность мочи, количество мочи в отдельных 3-часовых порциях. При выраженном нарушении концентрационной функции почек отмечаются монотонность удельного веса (относительной плотности) мочи и фиксация его в пределах 1007—1011, одинаковое количество мочи в отдельных 3-часовых порциях.

<sup>1</sup> См. литературу № 57.

Значительную информацию о состоянии функции почек несут методы исследования, основанные на определении различных свойств сыворотки крови. При выраженной почечной недостаточности происходит повышение концентрации остаточного азота. Более точно азотовыделительную функцию почек характеризует уровень креатинина в сыворотке крови. Нарастание концентрации креатинина более 2 мг% (0,176 ммоль/л) свидетельствует о нарушении азотовыделительной функции почек.

Вследствие нарушений жирового обмена при почечной недостаточности повышается концентрация холестерина, липопротеинов и триглицеридов жирных кислот. Расстройства функций почек в минеральном обмене приводят к задержке натрия и образованию отеков. По мере развития хронической почечной недостаточности возрастает концентрация калия и магния в сыворотке крови; уровень кальция, напротив, снижается, что в ряде случаев приводит к тяжелому поражению костей. При выраженной почечной недостаточности наступает сдвиг кислотно-основного равновесия в сторону ацидоза.

Для оценки нарушений фильтрационной и реабсорбционной функций почек применяется проба Реберга.

Состояние почечного кровотока, секреторной и экскреторной функций почек оценивается по результатам радиоизотопных методов исследования. Радиоизотопная диагностика способствует выявлению и отдельной оценке степени нарушения функций левой и правой почки. Внутривенная урография является одним из наиболее распространенных методов, используемых для оценки экскреторной функции почек.

Одним из важных клинических критериев в экспертизе трудоспособности больных с хроническими заболеваниями почек является степень хронической почечной недостаточности.

Согласно современной классификации<sup>1</sup>, различают 3 степени хронической почечной недостаточности. При хронической почечной недостаточности I степени больные не предъявляют жалоб. Однако с помощью пробы Зимницкого определяются полиурия, никтурия, изостенурия. Уровень остаточного азота и креатинина в сыворотке крови не отклоняется от нормы. Хроническая почечная недостаточность I степени обычно не служит основанием для определения больным группы инвалидности. Ограниченно трудоспособными на период рационального трудоустройства признаются лица, работающие в неблагоприятных метеорологических условиях, в профессиях тяжелого физического труда, в контакте с вредными химическими веществами, такими физическими факторами, как вибрация, высокая или низкая температура, токи высокой частоты, если перевод на другую работу сопровождается снижением квалификации.

Хроническая почечная недостаточность II степени характеризуется рядом субъективных и объективных признаков. У больных отмечаются головные боли, диспепсические расстройства, слабость, бледность кожных покровов, запах аммиака в выдыхаемом воздухе, геморрагический диатез. Фильтрационная и реабсорбционная функции значительно снижены. Выявляются умеренная азотемия (70–80 мг%, или 50–57 ммоль/л), креатининемия (7–8 мг%, или 0,6–0,7 ммоль/л), гипогальбуминемия, иногда анемия. Удельный вес (относительная плотность) мочи снижается до 1008–1015.

<sup>1</sup> Шульцев Г. П. Хроническая почечная недостаточность. М., 1975.

Трудоспособность больных с хронической почечной недостаточностью II степени снижена, и степень утраты трудоспособности во многом зависит от социальных факторов. Лица тяжелого и среднего физического труда признаются инвалидами II группы. Лица умственного труда признаются ограниченно трудоспособными, однако в случае прогрессирующего течения основного заболевания им также определяется II группа инвалидности.

Хроническая почечная недостаточность III степени характеризуется дальнейшим ухудшением функций почек. Клинически это проявляется картиной азотемической уремии. Клубочковая фильтрация снижается до 15 мл/мин; уровень креатинина и остаточного азота сыворотки крови значительно и стойко повышен; наблюдаются анемия, геморрагический диатез; развивается ацидоз. Терапевтические мероприятия в этой стадии малоэффективны. Большинство больных признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. В тех случаях, когда они нуждаются в постоянном уходе, устанавливается I группа инвалидности.

После успешного проведения программного гемодиализа или трансплантации почки может наступить положительная динамика в состоянии трудоспособности больных, которым в ряде случаев становится доступным труд в домашних или в специально созданных условиях.

### ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ<sup>1</sup>

Основной причиной хронического гломерулонефрита является перенесенный острый гломерулонефрит; наблюдается также первично-хроническое развитие заболевания. Переход острого нефрита в хронический в среднем наблюдается в 30% случаев. Этому способствуют охлаждение, физическое перенапряжение, обострение хронической инфекции, преждевременная выписка больных острым гломерулонефритом из стационара и т. п. О переходе в хроническую форму заболевания свидетельствуют стойкое, продолжающееся более 3 лет существование мочевого синдрома (протенинурия, гематурия и цилиндрурия), гипертонии, нарушений различных функций почек, прежде всего фильтрационной, а также характерные морфологические изменения почек по данным пункционной биопсии. В 40% случаев острого нефрита наблюдается «выздоровление с дефектом». При этом у больных выявляются незначительная протенинурия, нормальный уровень артериального давления, отсутствуют стойкие изменения функций почек. В подобных случаях больные нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении и рациональном трудоустройстве в показанных условиях и видах труда.

Хронический гломерулонефрит является инфекционно-аллергическим заболеванием, при котором наблюдаются три типа иммунных реакций: первый тип — образование антител к стрептококку и продуктам его жизнедеятельности; второй — образование антител к почечной ткани; третий — клеточная гиперчувствительность Т-лимфоцитов к почечной ткани.

Клинически различают латентную, гипертоническую, отечно-альбуминурическую и смешанную формы хронического гломерулонефрита. Латентная форма встречается у 35% больных хроническим диффузным гломерулонефритом и характеризуется протеинурией, ге-

<sup>1</sup> См. литературу № 58.

матурней, цилиндрурией, стойким нарушением фильтрационной функции почек. Диагноз латентной формы хронического нефрита подтверждается биопсией почек. Гистологически обнаруживаются диффузное утолщение базальной мембраны, пролиферация эндотелия клубочков, инфильтрация и отек в области клубочков. Больные латентной формой хронического диффузного гломерулонефрита, как правило, остаются трудоспособными в своей профессии либо нуждаются в определенных ограничениях по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Гипертоническая форма хронического диффузного гломерулонефрита встречается наиболее часто и характеризуется гипертонией с преимущественным повышением диастолического давления, нерезко выраженным мочевым синдромом, стойким нарушением фильтрации. В трудных случаях диагноз подтверждается биопсией почек. Гипертоническая реакция нередко принимает злокачественный характер, сопровождается тяжелым поражением сосудов сердца и головного мозга, что определяет оценку трудоспособности больных.

Отечно-альбуминурическая форма хронического диффузного гломерулонефрита характеризуется выраженной протенинурией, массивными отеками, гипоальбуминемией и гиперхолестеринемией.

Смешанная форма хронического диффузного гломерулонефрита характеризуется сочетанием отечно-альбуминурического и гипертонического синдромов и в прогностическом отношении является наименее благоприятной.

В течении хронического диффузного гломерулонефрита следует различать фазу обострения и ремиссии. Фаза обострения характеризуется ухудшением общего состояния больного, усилением мочевого синдрома, увеличением СОЭ, ухудшением функций почек, повышением 5 фракции лактат-дегидрогеназы крови, увеличением содержания в крови аутоантител к почечной ткани. Больные на период обострения являются временно нетрудоспособными.

Различают быстро прогрессирующее и медленно прогрессирующее течение хронического диффузного гломерулонефрита. При быстро прогрессирующем течении, частых рецидивах, способствующих развитию хронической почечной недостаточности, больные рано утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях.

Клинический прогноз при хроническом диффузном гломерулонефрите определяется формой и характером течения, степенью хронической почечной недостаточности, эффективностью лечения, возрастом больных.

Для оценки состояния функций почек необходимо произвести ряд исследований, которые могут быть условно разделены на обязательные (повторные анализы мочи с учетом суточного количества и суточной потери белка; постановка пробы Зимницкого; исследование артериального давления, глазного дна, ЭКГ; определение остаточного азота и креатинина в сыворотке крови; исследование пробы Реберга, белков сыворотки крови методом электрофореза; анализ периферической крови) и желательные (исследование натрия, калия, кальция в сыворотке крови; белков мочи методом электрофореза; радиоизотопные исследования; определение канальцевой секреции и почечного кровотока; биопсия почки).

При оценке трудоспособности больных хроническим диффузным гломерулонефритом, наряду с социальными факторами, необходимо учитывать клиническую форму, характер течения, степень хронической почечной недостаточности, осложнения.

Временная нетрудоспособность больных при хроническом диффузном гломерулонефрите наступает в фазу обострения заболевания. Сроки временной нетрудоспособности зависят от клинической формы заболевания, тяжести обострения, степени хронической почечной недостаточности, возраста больных, социальных факторов и в среднем составляют 1—1,5 мес.

Важным критерием в оценке трудоспособности больных является степень хронической почечной недостаточности. Больным хроническим диффузным гломерулонефритом противопоказана работа, связанная с тяжелым физическим напряжением, неблагоприятными микроклиматическими условиями, воздействием токсических веществ. Перевод на работу в непротивопоказанные профессии лиц, страдающих латентной формой хронического гломерулонефрита без почечной недостаточности либо если она не превышает I степени, чаще всего не требует установления группы инвалидности. Необходимые в ряде случаев ограничения в труде могут быть осуществлены в соответствии с заключением ВКК лечебно-профилактических учреждений. При хроническом диффузном гломерулонефрите, осложненном почечной недостаточностью II степени, больные нуждаются в трудовых ограничениях. Им доступна работа, связанная с незначительным физическим и психо-психическим напряжением, в сухом помещении, без разъездов. Лица тяжелого и среднего физического труда признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях при невозможности рационального трудоустройства. Лица умственного труда в подобных случаях часто нуждаются в значительном сокращении объема производственной деятельности и признаются инвалидами III группы. Больные хроническим диффузным гломерулонефритом с III степенью почечной недостаточности обычно признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Развитие тяжелых осложнений — крупноочагового инфаркта миокарда, инсульта — обуславливает нетрудоспособность больных. В ряде случаев они нуждаются в постоянном постороннем уходе и признаются инвалидами I группы.

### ВТЭ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ (АМИЛОИДНО-ЛИПОИДНОМ НЕФРОЗЕ)<sup>1</sup>

Согласно современной классификации, различают 4 стадии амилоидоза почек. I стадия, латентная, характеризуется периодическим появлением белка в моче, увеличением в крови фракции  $\gamma$ -глобулинов. II стадия, начальная, отличается постоянной альбуминурией. Изменения белкового обмена более выражены, наблюдаются гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гиперфибриногенемия, скрытые отеки, гипертромбоцитоз. III стадия, отечно-альбуминурическая, проявляется формированием нефротического синдрома с массивной альбуминурией, гипопротейнемией, гиперхолестеринемией, отеками. IV стадия, амилоидно-сморщенная почка, характеризуется прогрессирующей почечной недостаточностью.

Трудоспособность больных в I и II стадиях амилоидоза определяется характером основного заболевания (остеомиелит, ревматоидный полиартрит, лимфогранулематоз и др.). По мере развития заболевания и нарастания хронической почечной недостаточности

<sup>1</sup> См. литературу № 57.

(III—IV стадии) оценка трудоспособности и трудовое устройство проводятся по принципам, соответствующим таковым при хроническом диффузном гломерулонефрите.

### ВТЭ ПРИ КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ (ПОЛИКИСТОЗЕ) ПОЧЕК<sup>1</sup>

Поликистоз почек диагностируется у лиц в возрасте 30—40 лет на основании стойкой гипертонии, увеличения почек, гематурии, симптомов хронической почечной недостаточности. Больным поликистозом почек, даже при отсутствии хронической почечной недостаточности, противопоказана работа со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, в неблагоприятных микроклиматических условиях, связанная с воздействием нефротоксических ядов, сотрясением, вынужденным положением тела. Присоединение хронической почечной недостаточности значительно ухудшает клинический и трудовой прогноз. Факторами, определяющими состояние трудоспособности больных поликистозом почек, являются выраженность симптоматической гипертонии и степень хронической почечной недостаточности.

### ВТЭ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ<sup>2</sup>

Причиной сахарного диабета могут быть воздействия внешних и внутренних факторов. К внешним относятся закрытая травма черепа, инфекции, интоксикации; к внутренним — органическое поражение поджелудочной железы, передней доли гипофиза, печени.

Сахарный диабет развивается вследствие абсолютного или относительного недостатка инсулина. Абсолютный недостаток инсулина возникает при непосредственном поражении инсулярного аппарата поджелудочной железы, а относительный — вследствие усиленного разрушения инсулина в крови или нарушенной утилизации его периферическими тканями. Инактивация инсулина в крови происходит под действием гормональных и негормональных контринсулярных факторов, к которым относятся глюкокортикоиды, соматотропный гормон, АКТГ, тироксин, адреналин, глюкагон, син-альбумин сыворотки, антитела к инсулину, инсулиназа печени, а также некоторые виды тканевых  $\beta$ -липопротеидов.

При сахарном диабете происходит нарушение углеводного, жирового, белкового и водно-солевого обмена. Это проявляется гипергликемией, глюкозурией, кетонемией. Увеличивается распад белка, что приводит к гиперазотемии. Гипергликемия и глюкозурия способствуют повышенному выделению с мочой натрия, хлоридов, калия, фосфора.

Клиническая картина сахарного диабета характеризуется полидипсией, полифагией, полиурией, кожным зудом. У больных часто развиваются фурункулез, диабетическая ретинопатия, нефроангиосклероз, поражение сосудов, периферических нервов. Тяжелым осложнением сахарного диабета является развитие диабетической, гиперосмолярной и гипогликемической комы.

Выделяются 3 стадии сахарного диабета: потенциальная, латентная и явная.

<sup>1</sup> См. литературу № 57.

<sup>2</sup> См. литературу № 59—61.

Потенциальный диабет диагностируется у лиц, оба родителя которых больны сахарным диабетом, и женщин, родивших ребенка с массой тела больше 4,5 кг. Он характеризуется отсутствием гипергликемии и глюкозурии; тест толерантности к глюкозе не нарушен.

Латентный сахарный диабет проявляется положительным тестом толерантности к глюкозе. Трудоспособность больных потенциальным и латентным сахарным диабетом не нарушается. Однако для профилактики явного сахарного диабета необходима правильная организация питания и режима труда.

Явный сахарный диабет отличается характерной клинической картиной, повышением уровня сахара крови натощак. Оценка трудоспособности больных явным сахарным диабетом зависит от характера течения и тяжести заболевания, осложнений, сопутствующих заболеваний.

Выделяются 3 степени тяжести явного сахарного диабета.

При легкой степени компенсация достигается применением диеты с ограничением углеводов и уменьшением общего калоража пищи. У больных отмечается ретинопатия I степени. Трудоспособность больных не нарушается. Для профилактики инвалидности в соответствующих случаях по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений осуществляется перевод больных на работу, не связанную со значительным физическим напряжением, воздействием токсических веществ, ночными сменами, длительными и частыми командировками.

Больных сахарным диабетом средней тяжести беспокоят жажда, сухость во рту, иногда кожный зуд. Наблюдаются гипергликемия и глюкозурия, нарушения жирового обмена, развиваются микроангиопатия (ретинопатия) II—III степени, поражение периферических нервов. Компенсация сахарного диабета достигается при помощи рациональной диеты и постоянного введения пероральных сахаропонижающих средств либо инсулина.

Трудоспособность больных, не нуждающихся в инсулинотерапии, сохраняется в своей профессии. Больным противопоказана работа, связанная со значительным физическим и нервно-психическим напряжением. При необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации или значительного сокращения объема производственной деятельности в своей профессии больным устанавливается III группа инвалидности.

Лицам, получающим инсулин, необходимо обеспечить возможность инъекций препарата и соблюдение диетического режима в производственных условиях. Больным противопоказана работа на высоте, в горячих цехах, у движущихся механизмов, водительские профессии, так как после инъекции инсулина может развиваться гипогликемический криз с потерей сознания. В тех случаях, когда необходим перевод больных на работу более низкой квалификации либо они нуждаются в значительном сокращении объема производственной деятельности в своей профессии, устанавливается III группа инвалидности. Лица умственного и легкого физического труда, административно-хозяйственные работники, как правило, остаются трудоспособными; необходимые ограничения могут быть осуществлены по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

При гипер- и гипогликемических состояниях необходимо освобождение больных от работы по временной нетрудоспособности.



Однако часто возникающие и плохо поддающиеся лечению указанные состояния могут обусловить стойкую потерю трудоспособности больных и необходимость установления II группы инвалидности.

Тяжелая степень сахарного диабета характеризуется прогрессирующей слабостью, мучительной жаждой, головными болями, развитием коматозных состояний, выраженной ангиопатией сосудов сетчатки, почек, нервной системы. Для компенсации сахарного диабета тяжелой степени требуется введение больших доз инсулина, иногда в сочетании с сахаропонижающими таблетированными препаратами.

Больные сахарным диабетом тяжелой степени признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Некоторая часть больных могут работать в специально созданных условиях либо на дому.

На состояние трудоспособности больных сахарным диабетом влияет развитие микроангиопатий, в частности интракапиллярного гломерулосклероза (синдром Киммельстиля—Вильсона), который характеризуется протенурией, нейроретинопатией, гипертонией. По мере развития нефротического синдрома хроническая почечная недостаточность нарастает и приводит больных к полной постоянной или длительной нетрудоспособности.

Диабетическая ретинопатия сопровождается прогрессирующей потерей зрения и может привести к слепоте. Оценка трудоспособности лиц с нарушением зрения вследствие диабетической ретинопатии либо диабетической катаракты проводится после консультации окулиста-эксперта.

Диабетическая полиневропатия (диабетический полиневрит) отличается прогрессирующим течением и снижает трудоспособность больных. Экспертиза трудоспособности лиц, страдающих диабетической полиневропатией, проводится после консультации невропатолога-эксперта.

Сахарный диабет способствует прогрессированию атеросклероза, преимущественно венечных артерий сердца и артерий нижних конечностей. Оценка трудоспособности в подобных случаях зависит от локализации поражения, клинического течения, степени нарушения функций пораженного органа, социальных факторов.

### **ВТЭ ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ (ТИРЕОТОКСИКОЗЕ)<sup>1</sup>**

Развитие диффузного токсического зоба связано с повышением функции щитовидной железы под влиянием тиреотропного гормона гипофиза и симпатической нервной системы. В щитовидной железе при этом происходит усиленный синтез трийодтирозина и других гормонов. Определенная роль в патогенезе тиреотоксикоза принадлежит тканевой дийодазе, повышение активности которой способствует ускорению тканевого действия тиреоидных гормонов.

Клиническая картина диффузного токсического зоба характеризуется стойкой тахикардией, повышением систолического артериального давления, экзофтальмом, положительными симптомами Грефе, Мёбиуса, похуданием, резкой раздражительностью, тремором пальцев рук, век, увеличением печени.

<sup>1</sup> См. литературу № 62.

О гиперфункции щитовидной железы свидетельствует увеличение основного обмена более чем на 15% по сравнению с нормой, поглощение радиоактивного йода ( $^{131}\text{I}$ ) более 30% введенной дозы, а также повышение концентрации белковосвязанного йода в сыворотке крови (норма — 3—8,5 мкг/100 мл, или 236,4—669,7 нмоль/л). Наблюдаются гипохолестеринемия и гипергликемия, увеличение содержания креатинина в моче. В диагностике тиреотоксикоза определенную роль играют также методы сканирования и определения аутоантител к щитовидной железе.

Основными критериями в оценке трудоспособности больных тиреотоксикозом являются степень тяжести заболевания, осложнения, социальные факторы.

Общепринято выделение 3 степеней тиреотоксикоза. При тиреотоксикозе легкой степени больные предъявляют жалобы на быструю утомляемость, слабость, сердцебиение, потливость, плохой сон, эмоциональную лабильность, похудание. При объективном исследовании отмечаются тахикардия до 100 ударов в 1 мин, дрожание рук, вазомоторные реакции, субфебрильная температура. Глазные симптомы бывают не выражены. Основной обмен повышен до +30%. Поглощение  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой через 24 ч составляет 30—35%, уровень белковосвязанного йода в сыворотке крови достигает 9 мкг.

Медикаментозное лечение является эффективным. Больные, как правило, сохраняют трудоспособность в своей профессии, однако им противопоказана работа, связанная с тяжелым физическим и значительным нервно-психическим напряжением, заданным темпом, пребыванием на высоте, в условиях высокой температуры. Необходимые ограничения и рациональное трудоустройство больных могут быть осуществлены по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

При тиреотоксикозе средней тяжести наблюдаются значительное похудание, адинамия, нарушения психической деятельности, тахикардия, повышение систолического, артериального давления, поносы. Симптомы Грефе, Мебиуса положительные. Основной обмен повышен до 30—60% должного, поглощение  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой через 24 ч составляет +35—50%, содержание белковосвязанного йода в сыворотке крови возрастает до 12 мкг. Больные подлежат медикаментозному либо хирургическому лечению.

Трудоспособность больных тиреотоксикозом средней степени ограничена. Им противопоказан тяжелый и средний физический труд, умственный труд со значительным нервно-психическим напряжением, требующий постоянного сосредоточения внимания. Сроки временной нетрудоспособности при тиреотоксикозе средней степени на период медикаментозного или хирургического лечения составляют 6—8 нед. При эффективном лечении трудоспособность больных восстанавливается в большинстве профессий. В случае необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации или значительного сокращения объема производственной деятельности в прежней профессии больные признаются ограниченно трудоспособными.

Тяжелая степень тиреотоксикоза характеризуется резко выраженным истощением и возбудимостью больных, глубокими функциональными и органическими изменениями различных внутренних органов. Отмечаются тахикардия, экстрасистолическая или мерцательная аритмия, симптомы правожелудочковой недостаточности. Основной обмен увеличен до +50, +70%, поглощение  $^{131}\text{I}$  через 24 ч превышает 50%, содержание белковосвязанного йода в сыворотке крови более

12 мкг/100 мл (945,5 нмоль/л). Лицам тяжелого физического труда (грузчики, забойщики, проходчики, врубомашинисты, крепильщики рудников и угольных шахт, монтажники), рабочим горячих цехов, водителям транспорта после субтотальной струмэктомии, принятой по поводу тяжелого тиреотоксикоза, определяется II или III группа инвалидности в зависимости от характера поражения внутренних органов. Им рекомендуются умеренный или легкий физический труд в дневную смену, умственный труд с небольшим нервнопсихическим напряжением.

Лица легкого физического и умственного труда небольшого объема спустя 1—2 мес после операции могут приступить к работе в своей профессии. Необходимые трудовые рекомендации (работа в дневную смену, без дополнительных нагрузок) могут быть определены ВКК лечебно-профилактических учреждений. Однако при резко выраженных и стойких нарушениях функций внутренних органов больные признаются инвалидами II или III группы.

Решение о состоянии трудоспособности больных диффузотоксическим зобом должно выноситься после динамического наблюдения с учетом результатов проведенного лечения. Диспансеризация больных диффузным токсическим зобом, проведение поддерживающей терапии, рациональное трудоустройство являются важным разделом реабилитации.

### **ВТЭ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА<sup>1</sup>**

В связи со стимулированием участия пенсионеров по старости в трудовой деятельности<sup>2</sup> за последние годы значительно возрос удельный вес лиц пенсионного возраста в составе работающих во всех отраслях народного хозяйства. При освидетельствовании во ВТЭК лиц пожилого и старческого возраста необходимо учитывать особенности клинических проявлений и преимущественно хронический характер течения патологического процесса, а также возрастные изменения, являющиеся фоном, на котором развиваются острые и хронические заболевания.

Наиболее распространенными заболеваниями лиц пожилого и старческого возраста являются атеросклероз с преимущественным поражением мозговых и венечных артерий, гипертоническая болезнь, хронический бронхит и эмфизема легких, сахарный диабет, желчнокаменная болезнь, новообразования различных локализаций, катаракта. У ряда больных отмечается благоприятное течение болезни системы кровообращения. Нередко при симптоматической атеросклеротической гипертонии больные длительное время не предъявляют жалоб, несмотря на высокое артериальное давление, и успешно продолжают свою производственную деятельность. Хроническая коронарная недостаточность, которая по ЭКГ диагностируется у 90% лиц пожилого и старческого возраста, часто протекает бессимптомно. Однако сравнительно благоприятное течение указанных заболеваний не исключает возможности их тяжелого клинического течения и развития осложнений.

<sup>1</sup> См. литературу № 63, 64, 65.

<sup>2</sup> Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 11 сентября 1979 г. № 850 «О мероприятиях по материальному стимулированию работы пенсионеров в народном хозяйстве». СП СССР, 1979, № 24, ст. 152.

Таблица 4. Показатели общих возрастных изменений, выявляемых при врачебном осмотре

Исследуемый показатель	Возрастные изменения		
	умеренные	выраженные	резко выраженные
Жалобы	Изредка слабость, утомляемость	Часто слабость, утомляемость	Постоянная слабость, усталость
Ориентировка	Хорошая	Удовлетворительная	Плохая
Память	Удовлетворительная	Умеренно снижена	Резко снижена
Реакция на вопросы	Удовлетворительная	Слегка замедленная	Резко замедленная
Слух	Не нарушен	Отчетливо снижен	Резко снижен
Зрение	Умеренно снижено	Отчетливо снижено	Резко снижено
Поза	Умеренная сутулость	Выраженная сутулость	Выраженная сутулость
Походка	Не изменена	Некоторая неуверенность	Выраженная неуверенность и пошатывание
Состояние волос	Умеренная седин	Отчетливая седин	Резкое поседение
Состояние зубов	Отсутствие $1/2$	Отсутствие $2/3$	Полное отсутствие
Состояние кожи	Слегка морщинистая	Морщинистость отчетливая	Резкая морщинистость
Тургор тканей	Слегка снижен	Отчетливо снижен	Резко снижен
Мышечный тонус	Слегка снижен	Отчетливо снижен	Резко снижен
Мышечная сила	Слегка снижена	Отчетливо снижена	Резко снижена
Внешний вид	Соответствует календарному возрасту	Старше календарного возраста	Значительно старше календарного возраста

Среди лиц пенсионного возраста в соответствии с рекомендациями ВОЗ выделяются три категории: пожилых (60–74 года); старых (75–90 лет); долгожителей (свыше 90 лет). Показатели общих возрастных изменений приведены в табл. 4.

При экспертизе трудоспособности лиц пожилого и старческого возраста необходимо учитывать особенности клинического течения различных заболеваний внутренних органов. Степень утраты трудоспособности определяется по тем же критериям, что и в других возрастных группах. В связи с благоприятным в целом ряде случаев течением ишемической болезни сердца, гипертонической болезни

лица пожилого и старческого возраста могут выполнять легкий физический труд как в производственных условиях, так и на дому. Нарушение адаптационных механизмов препятствует выполнению тяжелого и среднего физического труда, а также умственного труда с большим нервно-психическим напряжением. Возрастные изменения организма не дают оснований для определения группы инвалидности. Больным пожилого и старческого возраста следует шире рекомендовать работу на дому, так как нередко основным препятствием для продолжения производственной деятельности являются трудности, связанные с передвижением к месту работы.

**Некоторые особенности трудового устройства пенсионеров по возрасту.** Около 70% пенсионеров, занятых производственной деятельностью, работают в своей профессии полный рабочий день. Среди них сельскохозяйственные рабочие, младший обслуживающий персонал, слесари и металлисты нестаночных профессий, работники умственного труда, работники легкой и пищевой промышленности, строители, рабочие малоквалифицированного физического труда. Около 1/3 работающих пенсионеров переходят на работу в другую профессию. Лица с начальным образованием чаще всего переходят к малоквалифицированному физическому труду, со средним и высшим образованием — к канцелярскому труду средней квалификации. При экспертизе трудоспособности необходимо учитывать противопоказания к продолжению производственной деятельности лиц пенсионного возраста, страдающих конкретными заболеваниями. В зависимости от характера и выраженности клинических проявлений болезни, а также возрастных изменений трудовые рекомендации лицам пенсионного возраста, направленным на освидетельствование во ВТЭК, могут иметь различную формулировку. Например, если больной признан ограниченно трудоспособным в своей профессии, то в трудовой рекомендации может быть указано: «может работать в своей профессии половину рабочего дня» или «может работать в своей профессии с ограничением объема работы».

В тех случаях, когда работа в своей профессии больному противопоказана, трудовая рекомендация формулируется, например, следующим образом: «работа в профессии водителя транспорта противопоказана; рекомендуется работа лифтера, вахтера»; «работа плотника противопоказана; может выполнять легкий ручной труд (сборку, фасовку металлоизделий, картонажные работы) в производственных условиях или на дому»; «работа инженера-технолога противопоказана; может выполнять машинописные, корректурные работы в производственных условиях или на дому» и т. д.

Профессиональная ориентация и рациональное трудоустройство, направленные на профилактику болезней у лиц пожилого и старческого возраста, должны проводиться медико-санитарными частями предприятия. Организация трудового устройства лиц пожилого и старческого возраста возложена на исполнительные комитеты Советов народных депутатов. Базой для трудоустройства являются предприятия местной промышленности, бытового обслуживания и торговли.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ

### ВТЭ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ БОЛЕЗНЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ<sup>1</sup>

Согласно методическим указаниям, изданным институтами министерств социального обеспечения различных республик, при экспертизе трудоспособности выделяются две нозологические формы облитерирующих поражений артерий конечностей — облитерирующий эндартерит и атеросклероз.

Разграничение облитерирующих заболеваний артерий конечностей имеет важное значение, так как они различаются по этиологии, клиническому и трудовому прогнозу. Общим для обеих нозологических форм являются методы лечения и исход болезни — облитерация артерий с развитием гангрены конечности.

### ВТЭ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИТЕ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Согласно нейрогенной теории, предложенной А. В. Вишневым, в основе заболевания лежат функциональные и морфологические изменения эндотелиальной и мышечной оболочек сосудов, наиболее выраженные в дистальных сегментах артерий и возникающие в результате поражения нервной системы. Большое значение в развитии облитерирующего эндартерита придается таким факторам, как курение, повторное охлаждение и отморожение конечностей, травма стоп, перенесенная в прошлом травма черепа. Среди причин этого заболевания находятся также тяжелые эмоциональные переживания, перенесенные инфекции, нарушения функции эндокринной системы. При этом облитерирующий эндартерит может развиваться через длительные сроки, иногда десятилетия, после травмы или воздействия другого неблагоприятного фактора.

Для клинического и трудового прогноза большое значение имеет определение стадии болезни. В экспертной практике используется классификация<sup>2</sup>, согласно которой выделяются спастическая, ишемическая и гангренозно-некротическая стадии.

Спастическая стадия характеризуется спазмами артерий нижних конечностей. В одних случаях больных беспокоят утомляемость нижних конечностей, повышенная зябкость стоп, даже в теплую погоду, ощущение жжения, покалывания, тяжести и «ползания мурашек» в ноге; в других — ощущение болей при ходьбе. Боли

<sup>1</sup> См. литературу № 1—5.

<sup>2</sup> Врачебно-трудовая экспертиза при хирургических заболеваниях. М., 1961, с. 380.

могут локализоваться только в пальцах стопы или в голеностопном суставе. По временам отмечаются бледность стоп, исчезновение или ослабление артериальной пульсации, ангидроз, разница в окраске кожных покровов дистальных отделов конечностей, ломкость ногтей. Изменения периферической нервной системы выражены незначительно и характеризуются парестезиями, которые возникают после значительного физического или нервно-психического напряжения, длительного ознобления.

В ишемической стадии присоединяется симптом перемежающейся хромоты, проявляющийся при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице схваткообразными болями в икроножной мышце, которые вынуждают больного останавливаться. Постепенно болевые приступы при ходьбе становятся чаще, а время, необходимое для их прекращения, удлиняется. Симптом перемежающейся хромоты становится доминирующим, возникают ночные боли и развиваются трофические расстройства: атрофия мышц голени, истончение и мраморность кожи, исчезающая при опускании конечности, трещины на пальцах, выпадение волос, акроцианоз. Поражение периферической нервной системы проявляется картиной ишемического неврита. Наблюдаются также симптомы изменения вегетативной нервной системы.

При решении вопроса о состоянии трудоспособности больных ишемической стадией облитерирующего эндартерита следует различать фазу субкомпенсации и декомпенсации. Фаза субкомпенсации характеризуется отсутствием пульса на артериях стопы, в ряде случаев — на подколенной артерии, резко выраженными трофическими расстройствами, умеренными болями в икроножных мышцах при ходьбе (до 200—100 м) и явлениями перемежающейся хромоты. Отличительными признаками фазы декомпенсации являются недостаточность коллатерального кровообращения и резко выраженные симптомы перемежающейся хромоты при ходьбе (до 50—25 м), ночные боли вследствие ишемического неврита.

При переходе болезни в некротически-гангренозную стадию прогрессирует перемежающаяся хромота, наступает атрофия мышц бедра. Боли становятся нестерпимыми, распространяются на голень, лишают больного сна. Углубляются трофические расстройства, образуются язвы на пальцах, приводящие в отдельных случаях к гангрене дистального отдела стопы.

Следует отметить, что облитерирующий эндартерит протекает различно в зависимости от пола, возраста, конституциональных особенностей, методов лечения, характера и условий труда больного. Иногда патологический процесс развивается быстро, приводя к гангрене.

При исследовании периферического кровообращения конечностей рекомендуется использовать функциональные пробы (Самюэлса, Гольдфламма, Шамовой в модификации Мошковича, Нарычева, Алексева и Глиничкова, проверить симптом плантарной ишемии В. А. Опцеля, а также применять методику определения перемежающегося пульса при нагрузке на нижнюю конечность (при нагрузке пульс исчезает на 40—60 с).

Для более глубокого изучения недостаточности кровообращения применяются осциллография, капилляроскопия, реовазография, тахоосциллография, электротермометрия, электромиография, радиоизотопное определение тканевого кровотока и другие методы исследования.

Осциллография позволяет по осциллометрическому индексу вы-

явить не определяемую пальпаторно пульсацию артерий, ее амплитуду, объемные колебания пульсовой волны. В норме осциллометрический индекс колеблется в пределах от 10 до 50 мм; на нижних конечностях он выше, чем на верхних. Путем сравнения осциллограмм плеч и голеней у больных облитерирующим эндартериитом уже в I стадии заболевания, распознавание которой на основании клинических данных затруднено, удается обнаружить снижение осциллометрического индекса на артериях нижних конечностей (осциллометрический индекс голени в I стадии болезни ниже, чем на плече). Во II стадии заболевания, когда облитерация магистральных сосудов достигает выраженной степени, наблюдается отчетливое снижение осциллометрического индекса; в ряде случаев он равен нулю. Осциллометрический метод позволяет судить об изменениях в магистральных артериях. Состояние коллатерального кровообращения при помощи этого метода оценить невозможно.

Электротермометрия позволяет уточнить температуру различных участков кожи. Наиболее высокие показатели температуры кожи нижних конечностей отмечаются на бедре, наиболее низкие — на подошве стопы. Значительное снижение температуры кожи наблюдается во всех стадиях облитерирующего эндартериита. Физическая нагрузка у здоровых лиц вызывает повышение кожной температуры на исследуемых участках конечностей; при облитерирующем эндартериите, напротив, отмечается снижение температуры кожи.

В случаях, когда коллатеральное кровообращение недостаточно, а магистральные артерии облитерированы на значительном протяжении, температура кожи стопы, а часто и голени, резко понижается. Таким образом, изменение температуры кожи отдельных участков конечности под влиянием нагрузки является показателем состояния компенсации.

Капилляроскопия информирует о капиллярном кровообращении в пределах поверхностного слоя капилляров ногтевых фаланг пальцев, о явлениях ангиоспазма в них, ангиодистонии или облитерации.

Для изучения упруговязких свойств сосуда используется метод определения скорости распространения пульсовой волны (СПВ). У больных облитерирующим эндартериитом СПВ в аорте обычно не отличается от таковой у здоровых лиц соответствующей возрастной группы и снижается в сосудах нижней конечности. Сложность методики определения скорости пульсовой волны ограничивает ее применение на практике.

Более простым методом, уточняющим состояние местного кровообращения, является реовазография. Метод основан на графической записи изменений сопротивления тканей проходящему через них электрическому току высокой частоты и дает информацию об интенсивности кровенаполнения в исследуемом участке, сократительной способности сосудистой стенки, характере притока и оттока крови, изменении периферического сопротивления. Этот метод помогает оценить стадию заболевания, распространенность патологического процесса в магистральных сосудах, а также степень его компенсации за счет развития коллатерального кровообращения. По мере нарастания нарушений местного кровообращения объемная скорость кровотока при расчете на 100 см<sup>3</sup> тканей нижних конечностей закономерно снижается, особенно при слабо развитом окольном кровообращении. Соответственно снижается также средняя величина объемной скорости кровотока при расчете на 100 см<sup>3</sup> ткани исследуемой конечности.



Стадия заболевания	МО/100 мл/мин
I . . . . .	3 80 ± 0,54
II фаза субкомпенсации	2,5 ± 0,34
фаза декомпенсации	1,4 ± 0,22
III . . . . .	1,10 ± 0,31

В начальной стадии облитерирующего эндартериита наблюдается типичная асимметрия кровенаполнения стоп. По мере прогрессирования процесса, развития нейродистрофических изменений в сосудах и нервах отмечается значительное снижение реографического индекса (РИ) до 0,025–0,027 в голени и до 0,036–0,039 на стопе. Падение РИ на голени и стопе ниже 0,02 свидетельствует о декомпенсации артериального кровоснабжения. В гангренозно-некротической стадии облитерирующего эндартериита реовазограмма представляет волнистую линию с небольшими осцилляциями или прямую линию.

Биохимические исследования крови указывают на склонность к гиперкоагуляции во II и III стадиях заболевания. Состояние свертывающей системы крови отражают фибриноген сыворотки, фибринолитическая активность, толерантность плазмы к гепарину. Изотопное исследование при облитерирующем эндартериите указывает на медленную резорбцию изотопа из мышечного депо пораженной конечности. Рентгенологическое исследование скелета нижних конечностей свидетельствует о прогрессирующем остеопорозе, распространяющемся с дистальных на проксимальные отделы конечности.

Клинический и трудовой прогноз больных облитерирующим эндартериитом зависит от стадии, особенностей течения болезни, распространенности процесса, частоты и длительности обострений, эффективности лечения, характера выполняемой работы и конкретных условий труда.

В I стадии облитерирующего эндартериита больные редко направляются на ВТЭК ввиду маловыраженных субъективных и объективных симптомов болезни. Больным облитерирующим эндартериитом в I стадии доступны все виды труда, за исключением работ, выполняемых при низкой температуре, в сыром помещении, связанных с длительным пребыванием в воде и общим охлаждением тела, тяжелым физическим напряжением, вынужденным положением тела.

В подобных случаях больных необходимо трудоустроить по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений на равноценную по квалификации работу.

Создание условий, препятствующих воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, способствует предупреждению обострений. Налаженная диспансеризация больных, своевременное трудоустройство и планомерное лечение способствуют реабилитации больных. Лишь в редких случаях, когда рациональное трудовое устройство не может быть осуществлено без снижения квалификации, больные направляются на ВТЭК для установления III группы на период приобретения квалифицированной профессии, не противопоказанной по состоянию здоровья.

При II, ишемической, стадии облитерирующего эндартериита в фазе субкомпенсации коллатерального кровообращения нижних конечностей больным противопоказано выполнение работы, связанной с тяжелым и умеренным физическим напряжением, нервнo-психическим напряжением, длительной ходьбой, неблагоприятными метеорологическими условиями. В соответствующих случаях бывает необходим перевод больных на другую работу, и если это сопровождается снижением квалификации или объема производственной деятельности, их следует признавать инвалидами III группы. При быстро прогрессирующем течении болезни с частыми обострениями, а также невозможности трудоустройства в условиях сельскохозяйственного производства, особенно лиц предпенсионного возраста, может быть определена II группа инвалидности.

Лица умственного или легкого физического труда должны признаваться трудоспособными в своей профессии с ограничениями в необходимых случаях, устанавливаемыми решениями ВКК лечебно-профилактических учреждений, и редко ограничены трудоспособными на период рационального трудоустройства.

При II стадии облитерирующего эндартериита в фазе декомпенсации трудоспособность больных значительно снижена. Рационально трудоустроенные больные признаются ограниченно трудоспособными в связи с необходимостью уменьшения объема производственной деятельности из-за наличия болевого синдрома, связанного с ишемическим невритом. В случаях, когда проводимая терапия оказывается малоэффективной и заболевание принимает быстро прогрессирующий характер течения, больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Им может быть рекомендован труд в специально созданных условиях.

Больные, страдающие облитерирующим эндартериитом III стадии, признаются нетрудоспособными и нуждаются в длительном стационарном лечении. В случае заживления трофических язв, успешной некрэктомии, а чаще после ампутации конечности и при значительном уменьшении болевого синдрома больные могут быть признаны инвалидами III группы, им рекомендуется рациональное трудоустройство. В случаях, когда больной облитерирующим эндартериитом III стадии нуждается в постоянном постороннем уходе, ВТЭК устанавливает I группу инвалидности.

Болезнь Бюргера, или облитерирующий тромбангит, является системным заболеванием, для которого характерно воспаление интимы артерий и вен малого калибра преимущественно нижних конечностей с образованием в них тромбов и повышением свертываемости крови. Заболевают в основном лица молодого возраста.

Клинически болезнь Бюргера проявляется симптомами облитерирующего эндартериита и мигрирующего тромбофлебита и нередко заканчивается ампутацией конечности. Прогноз при болезни Бюргера неблагоприятен, больные рано становятся инвалидами.

Причина инвалидности у больных облитерирующим эндартериитом может быть различной, чаще определяется «общее заболевание». Однако в некоторых случаях, согласно законодательным положениям, может быть «трудовое увечье», «профессиональное заболевание», а также «ранение или заболевание, полученное на фронте в период Отечественной войны» или «в период прохождения военной службы».

## ВТЭ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ (ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ) АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей занимает по частоте первое место среди облитерирующих заболеваний периферических артерий.

Трудности дифференциальной диагностики облитерирующего атеросклероза, облитерирующего эндартериита и тромбанита, а также определения стадии болезни являются причиной расхождений между экспертными решениями ВТЭК и заключениями научно-исследовательских институтов, занимающихся этими вопросами.

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей встречается главным образом у мужчин старше 40 лет.

Для облитерирующего атеросклероза характерны медленное начало заболевания, отсутствие пульсации на заднеберцовой и подколенной артериях, выраженные трофические расстройства, а также атеросклеротические изменения артерий различных органов и систем, сопровождающиеся симптоматической (склеротической) артериальной гипертензией.

Несмотря на выраженность морфологических изменений при облитерирующем атеросклерозе, артериальная недостаточность развивается медленно, обострения болезни сравнительно редки и менее тяжелы.

В основу классификации облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, разработанной А. А. Нарычевым (1969), положена стадийность хронической артериальной недостаточности.

I стадия хронической артериальной недостаточности (компенсации) характеризуется появлением у больных жалоб на усталость в ногах после умеренной ходьбы, реже на онемение пальцев стопы, парестезии, судороги в икроножных мышцах. Трофических изменений конечностей не отмечается, пульсация на артериях стопы, подколенной или бедренной ослаблена либо периодически отсутствует. Отмечается положительная проба на продолжительность статической нагрузки икроножной мышцы (СНИМ).

II стадия хронической артериальной недостаточности (нестойкой компенсации) характеризуется присоединением симптомов перемежающейся хромоты. Больные отмечают боли в мышцах голени, бедра, таза и поясничной области (высокая перемежающаяся хромота), а также выраженную зябкость стоп. Стопы бледные и холодные на ощупь. Могут развиваться трофические изменения кожи и ногтей. В состоянии покоя артериальная недостаточность компенсирована и жалоб у больных нет.

III стадия (стадия субкомпенсации) проявляется клинической картиной хронической артериальной недостаточности. Больные испытывают боли в конечностях в состоянии покоя. Наблюдаются выраженные симптомы ишемического неврита, трофические изменения кожи нижних конечностей.

IV стадия (декомпенсации) отличается развитием резко выраженного болевого синдрома и появлением некрозов тканей конечности.

При оценке трудоспособности больных облитерирующим атеросклерозом следует учитывать стадию, характер течения болезни, выраженность изменений других органов и систем, обусловленных нарушением кровообращения, а также социальные факторы.

В I стадии заболевания лица, работающие в благоприятных условиях, признаются трудоспособными в своей профессии. В не-

обходимых случаях с целью профилактики обострений и прогрессирования заболевания таким большим решением ВКК поликлиник предоставляются ограничения в работе, не влекущие за собой снижения квалификации (освобождение от работы на холоде, от подъема тяжестей, длительных командировок, дополнительных работ). Лица, работающие в профессиях тяжелого физического труда (водолаз, шахтер, каменщик), нуждаются в переводе на другую работу. При снижении квалификации в подобных случаях может быть определена III группа инвалидности на период переобучения.

Во II стадии заболевания трудоспособными следует признавать лиц физического труда с легким и умеренным напряжением, лиц умственного труда; административно-хозяйственных работников с небольшим объемом производственной деятельности. Некоторые из них могут нуждаться в предоставлении ограничений решением ВКК лечебно-профилактических учреждений. Лица неквалифицированного тяжелого физического труда в связи с сужением круга доступных им работ признаются инвалидами III группы. Основанием для установления II группы инвалидности является наличие ампутационной культи голени, нижней или средней трети бедра одной конечности и облитерирующего атеросклероза II стадии артерий второй конечности.

Инвалидами III группы признаются больные облитерирующим атеросклерозом III стадии при необходимости значительного уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии (сокращенный рабочий день, дополнительные перерывы в работе) или перевода на работу в другой профессии, более низкой квалификации. Лица умственного труда с небольшим нервно-психическим напряжением могут признаваться трудоспособными. Показанием к установлению II группы инвалидности при III стадии облитерирующего атеросклероза являются частые обострения заболевания, тяжелый болевой синдром, выраженные нарушения функции другой конечности вследствие различных причин. Однако некоторым больным можно рекомендовать работу на дому с доставкой сырья и приемом готовой продукции.

В IV стадии болезни, когда наступает декомпенсация кровообращения нижних конечностей, развиваются некрозы, длительно не заживающие язвы, резко выраженный болевой синдром, освидетельствуемые признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях, а некоторые из них нуждаются в постоянном постороннем уходе. В отдельных случаях при положительной трудовой направленности больным может быть рекомендована работа на дому.

## **ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ<sup>1</sup>**

Хронические заболевания вен конечностей (флебит и тромбоз, варикозное расширение, врожденные аномалии) значительно распространены, часто сопровождаются нарушениями трудоспособности больных. Они отличаются по этиологии, патогенезу, морфологическим признакам, клинической симптоматике, трудовому прогнозу. Согласно классификации, разработанной ЛИЭТИНом, при каждом

<sup>1</sup> См. литературу № 6, 7.

заболевании различаются 4 степени хронической венозной недостаточности:

I степень, или относительная компенсация венозной недостаточности, характеризуется нерезко выраженными болевыми ощущениями, возникающими у больных при длительном стоянии, ходьбе и исчезающими в горизонтальном положении. Отек конечности обычно появляется к концу дня и полностью исчезает после ночного отдыха.

II-a степень, или субкомпенсация венозной недостаточности, отличается более стойким и выраженным болевым синдромом. Отек конечности не исчезает после ночного отдыха, наблюдаются трофические изменения кожи, пигментация.

II-б степень, или декомпенсация венозной недостаточности, характеризуется стойким болевым синдромом, судорогами в конечности в ночное время, постоянным отеком конечности, выраженными трофическими расстройствами кожи типа индурации, дерматита, экземы, а также развитием язв или рубцов после их заживления.

III степень венозной недостаточности характеризуется резко выраженными трофическими расстройствами, формированием длительно существующих язв, не поддающихся лечению.

При освидетельствовании больных во ВТЭК особое внимание следует уделять анамнезу заболевания, а также ведущему симптому венозной недостаточности — отеку конечности. Изучаются распространенность отека, позволяющая косвенно судить о локализации патологического процесса, и характер отека — преходящий или постоянный.

У больных с варикозным расширением вен отек чаще локализуется в области лодыжек. При флебите и тромбофлебите глубоких вен отек может локализоваться на голени, переходить на бедро и даже распространяться на переднюю брюшную стенку.

В оценке нарушений периферического кровообращения существенную роль играет состояние поверхностных вен и кожных покровов конечности. Для флебита и тромбофлебита глубоких вен характерно варикозное расширение диффузно рассеянных подкожных вен, главным образом в области нижней трети голени и проксимальной части тыла стопы. У больных с варикозным расширением вен чаще наблюдаются единичные расширенные стволы двух основных подкожных вен голени и бедра, реже — смешанный тип расширения вен. Мелкие участки пигментации на медиальной поверхности нижней трети голени или сплошная пигментация, индурация кожи и подкожной клетчатки, исчезновение волосяного покрова, зуд служат проявлением трофических расстройств. Образовавшаяся в результате индурации подкожной клетчатки фиброзная ткань препятствует венозному оттоку и артериальному кровоснабжению, что способствует, в свою очередь, формированию язв и их инфицированию.

Кроме общепринятых функциональных проб, в комплекс обследования больных во ВТЭК должны включаться пробы Дельбе — Пертеса и Броди — Троянова, дающие наибольшую информацию о состоянии глубоких и коммуникантных вен конечности, а также клапанов поверхностных вен. Использование указанных проб для диагностических целей у тучных больных и лиц, перенесших оперативное удаление поверхностных вен, ограничено.

В комплексе обследования больных, страдающих хроническими заболеваниями вен конечностей, следует включать инструментальные методы, позволяющие объективизировать клинические показатели и уточнить степень недостаточности функции. К таковым относятся определение объемов конечности в условиях ортостатической нагрузки,

реовазография, ангиотензиотонография и бесконтрастная рентгенография.

В диагнозе, установленном во ВТЭК, должны быть указаны этиологические, патогенетические и морфологические признаки соответствующей клинической формы болезни, а также степень хронической венозной недостаточности и осложнения болезни. Наряду с этим в диагнозе указываются сопутствующие заболевания, в частности периферических артерий, которые могут ухудшать кровоснабжение нижних конечностей и отягощать клинический и трудовой прогноз.

Для больных хроническими заболеваниями вен нижних конечностей противопоказан труд, связанный со значительным физическим напряжением, вынужденным положением тела, длительным стоянием и ходьбой, а также в неблагоприятных метеорологических условиях. Переменное положение тела во время работы является обязательным условием рационального трудоустройства.

При флебите и тромбфлебите глубоких вен противопоказана также работа, связанная с выраженным нервно-психическим напряжением.

Больные с варикозным расширением вен и начальными проявлениями хронической венозной недостаточности признаются трудоспособными в обычных производственных условиях. Они подлежат в ряде случаев оперативному лечению.

Больные с флебитом и тромбфлебитом глубоких вен и хронической венозной недостаточностью I степени признаются ограниченно трудоспособными при частых тромбфлебитах поверхностных вен конечности (3 раза и более в течение года, с временной утратой трудоспособности  $3\frac{1}{2}$  мес в году и более).

При II-а степени хронической венозной недостаточности и отсутствии эффекта от лечения больным доступен легкий физический и умственный труд без значительного нервно-психического напряжения. Они могут при освидетельствовании во ВТЭК признаваться ограниченно трудоспособными, если перевод в показанные профессии связан со снижением квалификации больных или уменьшением объема работы. При II-б степени хронической венозной недостаточности больным также показан легкий физический и умственный труд небольшого объема.

Больные с III степенью хронической венозной недостаточности признаются инвалидами II или III группы. При трофических язвах, не продуцирующих обильного зловонного гнойного отделяемого и требующих только однократной в течение суток перевязки, больные признаются трудоспособными в профессиях умственного и легкого физического труда в благоприятных санитарно-гигиенических условиях. При переводе больных из профессий, связанных со значительным или умеренным физическим напряжением, в доступные виды и условия труда может устанавливаться III группа инвалидности, если при рациональном трудоустройстве наступает снижение квалификации или уменьшение объема производственной деятельности.

Больные с обширными язвами (25—30 см<sup>2</sup>), с обильным зловонным гнойным отделяемым, нуждающиеся в многократной смене повязки в течение дня, страдающие выраженным болевым синдромом в связи с ишемическими расстройствами, непроходящим зудом, усиливающимся в ночное время, признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. В ряде случаев таким больным доступен домашний труд.

## ВТЭ БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ПЕРЕНЕСШИХ МИТРАЛЬНУЮ КОМИССУРОТОМИЮ<sup>1</sup>

Ревматические пороки сердца занимают одно из первых мест среди причин инвалидности и смертности в молодом возрасте. В структуре первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения ревматические пороки сердца составляют 20—25%. У подавляющего большинства больных (86,6—90%) инвалидность наступает рано — в возрасте до 44 лет. Среди ревматических пороков сердца чаще всего приводит к инвалидности митральный стеноз.

В основе морфологических и патофизиологических проявлений митрального стеноза лежат прежде всего гемодинамические нарушения. Принято выделять три этапа гемодинамических нарушений. Первый этап клинически соответствует полной компенсации. Под действием повреждающего фактора развивается гиперфункция сердца, включаются приспособительные механизмы, обеспечивающие нормальную функцию системы кровообращения. Второй этап соответствует субкомпенсации; при этом гиперфункция сердца является уже недостаточной. Для выравнивания нарушенных функций системы кровообращения происходит уменьшение притока крови к сердцу, мобилизуются экстракардиальные факторы, в частности изменение массы циркулирующей крови и вентиляции. Третий этап клинически соответствует декомпенсации, для которой характерна сердечная недостаточность. При этом нарушается функция дыхания, снижаются ЖЕЛ и коэффициент использования кислорода. Факторами компенсации на третьем этапе являются ангиоспазм в бассейне легочной артерии, увеличение прекапиллярного сопротивления. В результате увеличения легочно-сосудистого сопротивления нагрузка на правый желудочек сердца возрастает, и постепенно развивается недостаточность правого желудочка. Таким образом, митральный стеноз в клинически выраженной форме выявляется тогда, когда наступает декомпенсация левого предсердия и правого желудочка. Описанные патофизиологические сдвиги особенно отчетливо проявляются при физической нагрузке.

Хронический застой и спазм сосудов малого круга способствуют отеку сосудистой стенки и межальвеолярной ткани, развитию гиперпластических, атеросклеротических процессов и индукции легких.

Наиболее эффективным методом лечения больных с митральным стенозом является митральная комиссуротомия.

Митральная комиссуротомия улучшает опорожнение левого предсердия, снижает давление в нем. Среднее давление в левом предсердии у оперированных на ранних стадиях митрального стеноза понижается в 3,1 раза, в то время как у оперированных в поздних стадиях — лишь в 2,6 раза.

Уменьшение давления в левом предсердии приводит к снижению митрального диастолического градиента. В итоге наблюдается снижение давления в венозной части малого круга, легочных капиллярах, а также легочно-сосудистого сопротивления и давления в легочной артерии. В свою очередь, функциональная нагрузка на правый желудочек уменьшается, венозный приток к правому сердцу и его наполнение возрастают, что способствует увеличению МОК.

В результате уменьшения застойных явлений в малом и большом круге кровообращения исчезают или становятся менее выраженными

<sup>1</sup> См. литературу № 8—10.

одышка, кровохарканье, приступы удушья, отеки. Уменьшаются также цианоз и акроцианоз.

При выслушивании больных, перенесших митральную комиссуротомию, отмечаются изменение громкости I тона, снижение интенсивности и длительности диастолического шума на верхушке сердца и в точке Боткина, исчезновение акцента II тона на легочной артерии, а также систолического шума, обусловленного относительной недостаточностью трехстворчатого клапана. Полной нормализации ЭКГ и ФКГ, как правило, не наступает, хотя обычно прослеживается благоприятная динамика.

МОК существенно увеличивается в тех случаях, если в процессе операции удалось достаточно расширить атриовентрикулярное отверстие. Окончательный гемодинамический результат операции следует оценивать не ранее чем через 4—6 мес после операции.

При клинической оценке больных митральным стенозом, подвергшихся оперативному лечению, и определении их трудоспособности большое значение имеет установление стадии стеноза. Для определения ее используется классификация (А. Н. Бакулев и К. А. Дамир), согласно которой выделяются 5 стадий митрального стеноза.

В I стадии отмечается полная компенсация кровообращения. Одышка отсутствует как в покое, так и при физической нагрузке.

Для II стадии характерно нарушение кровообращения в малом круге, клинически проявляющееся только при физической нагрузке.

В III стадии наблюдаются выраженные нарушения кровообращения в малом круге и нерезкие явления застоя в большом круге.

Характерными для IV стадии являются застой в большом круге кровообращения, расстройства ритма сердца, в частности мерцание предсердий (мерцательная аритмия), поражение миокарда.

В V стадии развиваются необратимые симптомы сердечной недостаточности, не поддающиеся медикаментозной терапии.

Для определения степени активности ревматического процесса применяется комплекс биохимических исследований крови. Различают активность I, II и III степени, или соответственно минимальной, средней и максимальной степени.

Целесообразно определение гемодинамических показателей, в частности среднего динамического давления (СДД), величины сердечного выброса, общего периферического сопротивления (ОПС), а также степени оксигенации крови. Рентгенологическое исследование позволяет уточнить размеры отделов сердца. Показателями функции системы дыхания служат ЧД, МВЛ, МОД и т.д. Об эффективности легочной вентиляции судят по коэффициенту использования кислорода, дыхательному коэффициенту.

Для установления не противопоказанного больным уровня физической нагрузки используется велоэргометрия.

По реакции больных на нагрузку в процессе велоэргометрии или ходьбы по лестнице судят о доступности той или иной физической нагрузки. Нагрузка, вызывающая одышку, учащение пульса, появление цианоза, является предельной для больного. Критериями оценки реакции на различные нагрузки могут служить способность увеличивать МОК и адекватно снижать ПС, обеспечивать стабильность СДД. Эти критерии основаны на одновременном исследовании энергозатрат. В оценке энергозатрат при различных видах трудовой деятельности следует использовать таблицы энергетической стоимости различных видов профессиональной деятельности с коррекцией на условия труда.



При экспертизе трудоспособности лиц, перенесших митральную комиссуротомию, следует учитывать предоперационное состояние больных, степень эффективности операции, течение ревматизма на период обследования, компенсаторные возможности пораженных функциональных систем и органов, а также социальные факторы.

Предоперационное состояние больных определяют такие факторы, как стадия митрального стеноза, характер течения ревматизма (частота рецидивов, степень активности), наличие мерцательной аритмии, состояние гемодинамики малого и большого круга кровообращения.

Состояние больных в различные сроки после операции ухудшается при рецидиве ревматизма. Активность ревматического процесса любой степени, возникшая непосредственно после операции или вскоре после нее, является показанием к признанию больных нетрудоспособными и проведению противорецидивного лечения. Развитие мерцательной аритмии в послеоперационном периоде требует тщательного исследования больного на предмет выявления активности ревматизма.

При определении программы реабилитации больных после комиссуротомии должно быть обязательно предусмотрено восстановление синусового ритма. Трудовой прогноз при возникновении мерцательной аритмии вскоре после операции неблагоприятен. Больные в подобных случаях признаются нетрудоспособными.

Трудоспособность оперированных больных определяется в первую очередь состоянием гемодинамики малого и большого круга кровообращения. В частности, трудоспособность больных при сердечной недостаточности по малому кругу I и II степени и большому кругу I, II-а и II-б степени во многом зависит от характера и условий труда. Основываясь на социальных факторах ВТЭ, больные в подобных случаях могут быть признаны трудоспособными, инвалидами III или II группы.

При сердечной недостаточности II—III и III степени по малому кругу и II-б и III степени по большому кругу больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Больные, оперированные во II стадии и частично в III стадии митрального стеноза, при освидетельствовании во ВТЭК после продления лечения по временной нетрудоспособности признаются трудоспособными, если выполняемая работа относится к категории легкого физического или умственного труда, либо ограниченно трудоспособными на период рационального трудового устройства. Больные, оперированные в III стадии митрального стеноза, работающие в профессиях физического труда, обычно признаются ограниченно трудоспособными, в IV стадии — нетрудоспособными, в V стадии — инвалидами I группы. Больные, бывшие инвалидами до операции, после комиссуротомии признаются нетрудоспособными.

Трудоспособными признаются лица при благоприятном течении ревматического процесса, отсутствии мерцательной аритмии и сердечной недостаточности (либо при наличии ее не более I степени), нормальной или гипердинамической реакции системы кровообращения на физическую нагрузку средней интенсивности, работающие в профессиях умственного труда, легкого и средней тяжести физического труда с энергозатратами в пределах 2,5 ккал/мин (или 174 Вт), протекающего в благоприятных метеорологических и санитарно-гигиенических условиях с сохранением по возможности индивидуального ритма трудовой деятельности.

Гипердинамической называется такая реакция на нагрузку, при которой у больных возрастает МОК, падает в большей мере, чем у здоровых лиц, ПС, а СДД лабильно. Гиподинамическая реакция характеризуется снижением МОК и парадоксальным увеличением ПС.

Ограниченно трудоспособными признаются больные, не имеющие признаков активности ревматизма или с активностью, не превышающей I степени, при развитии у них сердечной недостаточности не более II-а степени без мерцательной аритмии или в сочетании с ней, выявлении признаков неполноценности реакции на нагрузку средней интенсивности (двухфазная или гиподинамическая реакция гемодинамики, выраженное напряжение вентиляции, снижение артериализации крови и повышение концентрации молочной кислоты в крови) при условии невозможности уменьшения физической нагрузки, связанной с профессиональной работой до уровня 2,5 ккал/мин (или 174 Вт).

Наряду с этим III группа инвалидности устанавливается для рационального трудоустройства, обучения или переобучения при наличии I степени сердечной недостаточности при адекватной гемодинамической реакции на физическую нагрузку средней интенсивности в том случае, если профессиональная работа имеет энергетическую стоимость более 2,5 ккал/мин, а перевод больных на другую работу с меньшими энергозатратами ведет к уменьшению ее объема или снижению квалификации.

II группа инвалидности устанавливается при активности ревматического процесса II степени, непрерывно рецидивирующем его течении, развитии сердечной недостаточности II-б степени в сочетании с тахисистолической формой мерцательной аритмии или без нее, выраженной неполноценности реакции на физическую нагрузку средней интенсивности (неспособность увеличивать ударный и минутный объем крови, использование более 50% резерва вентиляции в момент нагрузки, падение артериализации крови после нагрузки свыше 7%). Некоторые инвалиды II группы могут работать в специально созданных условиях или на дому.

I группа инвалидности устанавливается больным при развитии сердечной недостаточности III степени. При этом наблюдаются тяжелые функциональные нарушения, проявляющиеся в условиях покоя неспособностью поддерживать адекватный уровень артериального давления, дефицитом насыщения крови кислородом более 10%, гипервентиляцией, достигающей 75% резерва вентиляции. Больные в подобных случаях не могут обеспечить мышечные усилия за счет биологически наиболее выгодного аэробного энергообразования.

При определении трудовых рекомендаций больным, перенесшим митральную комиссуротомию, следует исходить из того, что им противопоказан труд в неблагоприятных метеорологических и санитарно-гигиенических условиях, могущих провоцировать рецидивы ревматизма, а также труд, связанный со значительным физическим и нервно-психическим напряжением.

В связи с тем, что оперированные являются преимущественно лицами молодого и среднего возраста, большое значение для их социально-трудовой реабилитации имеет своевременное переобучение или обучение другой, не противопоказанной им профессии.

Ошибки ВТЭК в оценке трудоспособности больных после митральной комиссуротомии преимущественно связаны с неполноценным обследованием и несвоевременным выявлением вялотекущего ревматизма, рестеноза, а также других клапанных пороков сердца.

## ВТЭ ЛИЦ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЛЕГКОГО ИЛИ ЧАСТИ ЕГО ПО ПОВОДУ НЕТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ<sup>1</sup>

При оценке трудоспособности лиц, перенесших удаление легкого или его части, необходимо в первую очередь учитывать степень развития компенсации, что в значительной мере зависит от сроков, прошедших с момента операции, объема оперативного вмешательства, характера и давности заболевания, по поводу которого была произведена операция, осложнений. Быстрому развитию компенсации, а следовательно, и включению в трудовую деятельность способствует молодой возраст, удаление части, а не целого легкого, хорошее физическое состояние больного, которому способствует, в частности, тренировка дыхания.

Включение компенсаторных механизмов, обеспечивающих постепенное восстановление функций, происходит в ближайшие 3—4 мес после операции, а иногда и более, что подтверждается специальными исследованиями. Поэтому только после указанного срока, в течение которого больные являются временно нетрудоспособными, может быть вынесено окончательное решение о состоянии трудоспособности.

На протяжении первого года после эффективной пульмонэктомии стойкая компенсация нарушенных функций внешнего дыхания обычно не наступает и больные чаще всего признаются инвалидами II группы.

При определении группы инвалидности больным, перенесшим удаление легкого или его части, по истечении сроков временной нетрудоспособности следует учитывать как медицинские, так и социальные факторы. Среди медицинских факторов главное значение имеют: характер заболевания, по поводу которого произведено хирургическое вмешательство; длительность и особенности течения болезни до операции; объем операции и осложнения, развившиеся в послеоперационном периоде; возраст, в котором оперировался больной; состояние функции системы кровообращения; состояние другого легкого. Среди социальных факторов должны быть учтены профессия (специальность), условия труда, образование, трудовая направленность и материально-бытовые условия освидетельствуемого.

Остающийся дефект в связи с удалением легкого, плевроперикардальные и плевродиафрагмальные спайки, а также смещение средостения, повышение давления в стволе и оставшейся ветви легочной артерии, последствия токсико-аллергического поражения миокарда нередко вызывают нарушения функции системы внешнего дыхания и кровообращения. Специальные исследования помогают раннему уточнению характера и степени упомянутых нарушений. Расстройства функции внешнего дыхания проявляются, в частности, умеренными изменениями вентиляционных показателей легких (увеличение мощности вдоха по сравнению с мощностью выдоха и некоторое уменьшение этих величин по сравнению с должными; снижение насыщения артериальной крови кислородом при физической нагрузке больше чем на 5%, устанавливаемое при помощи оксигемометрии; увеличение времени насыщения артериальной крови кислородом свыше 1 мин при переходе с дыхания воздухом на дыхание чистым кислородом).

<sup>1</sup> См. литературу № 11.

Нарушения функции системы кровообращения могут проявляться изменениями ЭКГ, баллистокардиограммы, поликардиограммы, реограммы, записанной со здорового легкого; патологическими результатами дозированной сердечно-сосудистой пробы по Мастеру; увеличением МОК или уменьшением систолического объема (СО) и МОК; изменениями конфигурации контуров сердца и легочной артерии, определяемыми в процессе целенаправленного рентгенологического исследования.

Большинству больных, перенесших удаление легкого, при первичном освидетельствовании следует определять II группу инвалидности. Больным эмпиемой плевры с неустранимым бронхоплевральным свищом, а также перенесшим удаление легкого по поводу рака III стадии устанавливается I группа инвалидности. При переосвидетельствовании через 2 года, если заболевание не прогрессирует, определяется II группа инвалидности.

II группа инвалидности определяется при развитии у больных легочной недостаточности II степени, резко выраженной гипертрофии миокарда правого желудочка с гемодинамическими нарушениями или при легочной недостаточности I-II степени в сочетании с тяжелыми сопутствующими заболеваниями системы кровообращения. Наряду с этим II группа инвалидности устанавливается на I год оперированным, если до операции они были инвалидами III группы.

При развитии легочной недостаточности II-III степени и легочного сердца с выраженными нарушениями кровообращения по большому кругу большим определяется I группа инвалидности. Тяжелые нарушения функции системы внешнего дыхания в сочетании с далеко зашедшей стадией гипертонической болезни, атеросклероза венечных артерий также могут являться показанием к определению I группы инвалидности.

III группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования<sup>1</sup> определяется в случаях, когда наступает улучшение нарушенных функций: легочная недостаточность не превышает I-II степени, нарушения функций системы кровообращения характеризуются признаками перегрузки правых отделов сердца, изменения баллистокардиограммы — не более II степени.

Основным компенсаторным механизмом системы внешнего дыхания при удаленном легком является увеличение МОД. В случаях, когда этот механизм не может быть реализован вследствие выраженных нарушений бронхиальной проходимости, развивается гипоксия, нарастающая во время физической нагрузки.

Компенсаторная гиперфункция сердца после пульмонэктомии проявляется увеличением МОК и учащением сокращений. При физической нагрузке пульс у больных по сравнению с исходной частотой ускоряется на 50 и более ударов в минуту.

В результате плевроперикардиальных спаек у больных наступает смещение средостения или вращения сердца вокруг продольной оси. Гипертрофия правого желудочка выявляется при электрокардиографическом исследовании; на поликардиограмме могут быть найдены признаки снижения сократительной функции миокарда.

---

<sup>1</sup> Перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока переосвидетельствования. Утвержден М-вом здравоохранения СССР и ВЦСПС 1-2 августа 1956 г. и согласован с М-вом соц. обеспечения РСФСР 2 августа 1956 г.

Больным, перенесшим эффективное удаление части легкого (доли или сегмента), работающим в не противопоказанных им видах и условиях труда, но нуждающимся в уменьшении объема производственной деятельности, после продления лечения по временной нетрудоспособности устанавливается III группа инвалидности. При переосвидетельствовании они обычно признаются трудоспособными. Реже таким больным устанавливается II группа инвалидности.

При выраженных нарушениях функции внешнего дыхания (дыхательной недостаточности II степени) и нарушениях гемодинамики II степени определяется II группа инвалидности.

В настоящее время эффективное удаление части легкого, сочетаемое с антибактериальной терапией, не приводит в большинстве случаев к стойкой или длительной потере или снижению трудоспособности. В период временной нетрудоспособности нарушения функции дыхания и кровообращения, вызванные оперативным вмешательством, претерпевают обратное развитие, а анатомический дефект легочной ткани оказывается функционально компенсированным или почти компенсированным. Больные могут приступить к профессиональному труду в благоприятных санитарно-гигиенических условиях, не связанному с большим физическим напряжением. В отдельных случаях с целью компенсации нарушенных функций временная нетрудоспособность решением ВТЭК продлевается, и в дальнейшем лица, занятые тяжелым физическим трудом, признаются инвалидами III группы, если рациональное трудоустройство по тем или иным причинам невозможно.

В случаях, когда после удаления части легкого восстановление функций внешнего дыхания и кровообращения затягивается, не достигает исходного уровня при лечении в период временной нетрудоспособности, то больных следует признавать инвалидами III группы. В дальнейшем, в зависимости от степени нарушения функций, они остаются инвалидами или признаются трудоспособными.

При вынесении трудовых рекомендаций больным, перенесшим удаление легкого или его части, следует считать противопоказанной работу в неблагоприятных метеоусловиях, плохо проветриваемых, запыленных, задымленных и имеющих запахи помещениях, а также связанную с тяжелым физическим напряжением. В первые годы после операции не показан умственный труд с длительной речевой нагрузкой (лектор, преподаватель, адвокат, артист и т. д.). Для лиц, проживающих в сельской местности, непротивопоказанным является труд с легким и средним напряжением, в том числе связанный с пребыванием на открытом воздухе в весенний и летний периоды.

### **ВТЭ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА<sup>1</sup>**

Резекция желудка производится при злокачественном новообразовании, осложненных формах язвенной болезни, если консервативное лечение неэффективно, и в редких случаях — по поводу других причин.

Больные, перенесшие резекцию желудка по поводу язвенной болезни, спустя 4—5 мес после операции возвращаются к труду в своей профессии. Противопоказанием к восстановлению трудоспособности могут служить различные функциональные и органические нарушения.

<sup>1</sup> См. литературу № 12.

К числу функциональных расстройств, обусловленных операцией, относятся демпинг-синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли анастомоза, агастральное истощение.

*Демпинг-синдром* развивается в первые месяцы после резекции желудка по поводу язвенной болезни и в более отдаленные сроки после операции по поводу рака желудка. Демпинг-синдром чаще встречается после резекции, произведенной по методу Бильрот-II, реже — по методу Бильрот-I.

Приступы демпинг-синдрома возникают у больных главным образом после приема пищи, содержащей легкоусвояемые углеводы, и характеризуются появлением через 5–30 мин слабости, потливости, сердцебиения, головокружения, дрожи, гиперемии лица, незначительного повышения артериального давления.

Существует несколько теорий возникновения демпинг-синдрома, но ни одна из них не является исчерпывающей. Наибольшее значение придается колебанию уровня сахара крови, физико-химическому раздражению рецепторов тощей кишки, высокому осмотическому давлению в кишке, обусловленному непосредственным поступлением в нее пищи. Для выравнивания осмотического давления в просвет тощей кишки поступает значительное количество жидкости, что ведет к уменьшению объема циркулирующей крови, выбросу катехоламинов и альдостерона в кровь. Возникает асинхронизм выделения желчи и панкреатического сока, что способствует нарушению функции пищеварения. Выделяют легкую, среднюю и тяжелую формы демпинг-синдрома.

Для легкой формы характерны приступы, возникающие только после приема сладкой и молочной пищи и продолжающиеся не более 20 мин, которые сравнительно легко переносятся больными. Профилактикой приступов является исключение сладких и молочных блюд из пищевого рациона.

При средней тяжести демпинг-синдрома приступы продолжаются 30–40 мин, развиваются после приема смешанной пищи, однако более тяжело они протекают после приема углеводистой пищи. Во время приступа больные вынуждены принять горизонтальное положение.

Для тяжелой формы демпинг-синдрома характерны изнуряющие приступы резкой слабости и тахикардии, продолжающиеся от 1 до 2 ч, в течение которых больные вынуждены находиться в постели. Приступы возникают всякий раз после приема любой пищи и часто заканчиваются обморочным состоянием. У больных наблюдаются прогрессивное истощение, признаки белковой и витаминной недостаточности, расстройства минерального обмена, гипохромная или  $B_{12}$ -дефицитная анемия.

Легкие формы демпинг-синдрома, как правило, не являются причиной снижения трудоспособности. Широкий круг доступных профессий делает возможным в случае необходимости рациональное трудоустройство по заключению ВКК лечебных учреждений. Больные могут выполнять работу с умеренным физическим, нервно-психическим и умственным напряжением.

Для больных, страдающих демпинг-синдромом средней тяжести, недоступна работа, связанная со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, заданным ритмом (на конвейере), а также в условиях, исключающих возможность отдыха в положении лежа после приема пищи (работа вне помещения, строительные, дорожные работы и пр.). Необходимость перевода на работу более

низкой квалификации или уменьшения объема производственной деятельности с целью предоставления дополнительных перерывов после приема пищи является основанием для определения больным III группы инвалидности. При тяжелых формах демпинг-синдрома больные признаются инвалидами II группы. Им может быть рекомендован труд в домашних условиях.

*Гипогликемический синдром.* Клинически гипогликемический синдром проявляется при длительном перерыве между приемами пищи, во время движения, работы, связанной с физическим напряжением и (чаще) у лиц, страдающих демпинг-синдромом. Приступы сопровождаются чувством голода, общей слабостью, иногда холодным потом, дрожью, тошнотой и продолжаются от 5 до 10 мин. В зависимости от частоты приступов различают легкую (1—4 раза в месяц), умеренную (несколько раз в неделю), выраженную (приступы повторяются ежедневно) степень гипогликемического синдрома. Приступу бесследно проходит после приема небольшого количества углеводистой пищи (белого хлеба, сахара и т.п.), оставляя иногда легкое чувство слабости.

Большого самостоятельного значения для оценки трудоспособности больных, перенесших резекцию желудка, гипогликемический синдром не имеет. Трудоспособность таких больных может нарушаться, если при этом выражен демпинг-синдром.

*Синдром приводящей петли.* Синдром приводящей петли желудочно-кишечного анастомоза развивается после резекции желудка по способу Бильрот-II. Больные отмечают тяжесть и распирание в эпигастрии, тошноту спустя 0,5—2 ч после приема пищи. Приступ заканчивается рвотой желчью с примесью пищи.

В основе синдрома лежит стаз щелочных продуктов, желчи, панкреатического и тонкокишечного сока в приводящей петле, обусловленный функциональными либо органическими причинами. К нарушению эвакуации содержимого из приводящей петли могут приводить: спазм устья отводящей петли; слишком большая или, напротив, малая длина приводящей петли; стеноз в области соустья, отек слизистой соустья, инвагинация слизистой оболочки в желудок, а также сращения и перегибы в области анастомоза. Рентгенологически при этом синдроме определяется расширенная и атоничная приводящая петля, содержащая большое количество жидкости. Однако четкого параллелизма между клинической и рентгенологической картиной синдрома приводящей петли не наблюдается.

Синдром приводящей петли может проявляться эпизодическими приступами (легкая форма) либо ежедневными (тяжелая форма). При тяжелой форме синдрома могут развиваться истощение и обезвоживание организма. Таких больных необходимо подвергать реконструктивной операции. Оперативное вмешательство состоит в дуоденостомии, реконструктивной гастроэнодуоденопластике по способу Захарова — Генлея, а также в У-образном анастомозе по методу Ру.

Самостоятельной причиной инвалидности синдром приводящей петли обычно не является.

*Агастральное истощение.* Во врачебно-трудовой экспертизе наибольшее значение имеет конечная стадия агастрального истощения, именуемая постгастрорезекционной алиментарной дистрофией. Этот синдром возникает в отдаленные сроки (через 2 года и более) после резекции желудка, произведенной главным образом по способу Бильрот-II. Основной причиной дистрофии является нарушение переваривания и всасывания жиров, что проявляется поносами, выражен-

ной стеатореей и нарастающим похуданием. Большое значение при этом имеет снижение поступления в кишечник панкреатических ферментов и продуцирования кишечных ферментов. Способствуют этому антифизиологическое положение приводящей петли анастомоза, энтероколит, дискинезия кишечника.

Для больных постгастрорезекционной дистрофией характерны общая слабость, утомляемость, адинамия, артериальная гипотония, гипотермия, гипогликемия, гипохромная анемия, гиповитаминоз, невротические расстройства, дисфункция половых желез.

Выделяют 3 степени агастрального истощения, критерием определения которых является основной признак — дефицит массы тела.

При легкой (I) степени агастрального истощения дефицит массы тела не превышает 10 кг. Больные в подобных случаях могут выполнять труд с умеренным и легким физическим напряжением, а также умственный труд.

При средней (II) степени агастрального истощения дефицит массы тела достигает 10—20 кг. Таким больным не показан труд, связанный с тяжелым или умеренным физическим напряжением. Они могут выполнять легкий физический, а также умственный труд небольшого объема. В связи со значительным снижением трудоспособности больным нередко определяется III группа инвалидности. Колхозники, выполняющие неквалифицированный труд, признаются инвалидами II группы.

При тяжелой (III) степени агастрального истощения дефицит массы тела может превышать 20 кг. Больные бледны, адинамичны, значительную часть времени проводят в горизонтальном положении, выглядят старше своего возраста; тургор мягких тканей у них снижен; кожа сухая.

Больные с тяжелой степенью агастрального истощения обычно нетрудоспособны и при освидетельствовании во ВТЭК признаются инвалидами II группы, иногда I группы.

*Постгастрорезекционная анемия.* Развивается в среднем у 30% больных, перенесших резекцию желудка. Причиной ее является резкое снижение всасывания витамина  $B_{12}$  и железа. Анемия чаще развивается после экстирпации или проксимальной резекции желудка.

При легкой форме анемии содержание гемоглобина крови снижается до 91 г/л (55 ед), при форме средней тяжести — 64 г/л (40 ед), а при тяжелой форме он ниже 64 г/л (40 ед). При анемии средней тяжести больным показаны профессии легкого физического и умственного труда, без контакта с токсическими веществами (бензол, фосфор, мышьяк, свинец), проникающей радиацией и другими вредностями. В случаях перевода больного на другую работу, показанную ему по состоянию здоровья, и возникающего при этом снижения квалификации устанавливается III группа инвалидности на период обучения новой профессии. Рациональное трудоустройство, правильно организованный режим питания, проведение лечебно-профилактических мероприятий служат целям профилактики инвалидности.

Тяжелая форма анемии в связи с выраженными функциональными нарушениями может явиться основанием для установления II группы инвалидности. Признавая больных нетрудоспособными в обычных производственных условиях, им следует рекомендовать домашний труд.

К органическим расстройствам, возникающим у больных после резекции желудка по поводу язвенной болезни, относятся пептическая язва, перивисцерит, гепатит.



*Пептическая язва* встречается у 1–2% больных, оперированных чаще по способу Бильрот-I. Ведущим критерием оценки трудоспособности при пептической язве является выраженность болевого синдрома. Наряду с этим должна учитываться функциональная патология, которая развивается у больных после резекции желудка.

*Перивисцерит*. Спасчный процесс в брюшной полости, развивающийся после резекции желудка, является результатом обострения ранее существовавших перигастрита, перидуоденита, сопутствовавших язвенной болезни, а также обусловлен операционной травмой и инфицированием брюшной полости во время операции. Перивисцерит может ограничивать трудоспособность больных, что зависит от частоты и тяжести приступов и тех функциональных расстройств, которые обусловлены спаячной болезнью.

*Гепатит*. Поражение печени наблюдается у 25% больных, перенесших резекцию желудка. У части из них патология печени обнаруживалась и до операции. Предполагается, что в происхождении гепатита играют роль как восходящая инфекция желчных путей, так и интоксикация продуктами, поступающими в печень из желудочно-кишечного тракта. Патология печени должна учитываться при установлении противопоказаний к выполнению определенных видов труда.

### **ВТЭ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ<sup>1</sup>**

Трудоспособность больных определяется характером клинического течения желчнокаменной болезни, степенью выраженности функциональных нарушений, характером осложнений, результатами лечения, а также социальными факторами — профессией больного, конкретными условиями его труда, возможностью соблюдения режима питания.

Принято различать 3 формы клинического течения желчнокаменной болезни в зависимости от частоты и продолжительности приступов желчной колики, выраженности болевого синдрома в межприступном периоде, сопутствующих заболеваний органов пищеварения, нарушений функции пищеварения.

Легкая форма хронического калькулезного холецистита характеризуется редкими болевыми приступами (от 2 до 5 раз в год) или более частыми, но кратковременными (от 5 до 10 мин), проходящими самостоятельно или от применения сухого тепла. В межприступном периоде может наблюдаться легкий болевой синдром. Клинический и трудовой прогноз при этой форме желчнокаменной болезни благоприятный, больным доступен широкий круг профессий.

Сравнительно редко, в тех случаях, когда больной нуждается в переводе на другую работу, что сопровождается снижением квалификации, или в уменьшении объема производственной деятельности, ему определяется III группа инвалидности. Чаще трудоустройство больных осуществляется решением ВКК. Противопоказанной является работа, связанная с выраженным физическим напряжением, вибрацией (водители транспорта), пребыванием на высоте.

Для хронического калькулезного холецистита средней тяжести характерны более частые и продолжительные приступы желчной колики, сопровождающиеся рвотой, повышением температуры тела,

<sup>1</sup> См. литературу № 13, 14.

нередко желтухой. При этой форме заболевания наблюдается развитие перихолецистита, холангита, панкреатита. Функции печени и внешне-секреторная функция поджелудочной железы умеренно нарушены. Таким больным показано оперативное лечение. Больные, перенесшие холецистэктомию, являются временно нетрудоспособными и в дальнейшем приступают к работе в своей профессии или по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений временно переводятся на легкую работу. Больные, не подвергшиеся оперативному вмешательству, признаются ограниченно трудоспособными при необходимости перевода их на другую работу со снижением квалификации или значительным ограничением объема производственной деятельности в прежней профессии в связи с часто наступающей продолжительной временной нетрудоспособностью.

Тяжелая форма хронического калькулезного холецистита характеризуется частыми (еженедельными) продолжительными приступами желчной колики и выраженным стойким болевым синдромом в межприступном периоде. Наряду с этим у больных отмечаются расстройства функции печени и поджелудочной железы, обусловленные хроническим холангитом, гепатитом, панкреатитом. Частые и длительные приступы болей, поражение печени и поджелудочной железы, вегетативной нервной системы приводят в ряде случаев к стойкой утрате трудоспособности больных в обычных производственных условиях. Больные признаются инвалидами II группы, и им может быть рекомендован труд в домашних условиях.

Осложнением холецистэктомии является развитие так называемого постхолецистэктомического синдрома, в большинстве случаев обусловленного погрешностями в технике выполнения операции (оставление длинной культи пузырного протока или камня в желчных путях), инкрустацией лигатуры, стенозом или расширением общего желчного протока, дисфункцией сфинктера Одди, а также прогрессированием заболеваний, развившихся на фоне длительно существовавшего хронического холецистита, в частности холангита, панкреатита. Редкой причиной синдрома является развитие спаек желчных путей и сращений с окружающими их органами.

Чаще к стойкой утрате трудоспособности приводят холангиты. Различают легкую, среднюю и тяжелую форму хронического холангита. В основу деления положены частота и тяжесть приступов болей, выраженность болей между приступами, диспепсические явления, связанные с нарушением функции печени.

При легкой форме хронического холангита обострения наступают до 3 раз в год, обычно после погрешности в питании, продолжают несколько дней; функция печени при этом не нарушена. В период обострения больные временно нетрудоспособны. Больным противопоказан тяжелый физический труд, а также связанный с частыми наклонами туловища, вибрацией.

При хроническом холангите средней тяжести обострения наступают каждые 1—2 мес, длятся обычно более 1 нед, проявляются выраженным болевым синдромом, тошнотой, рвотой, вздутием живота, повышением температуры тела, лейкоцитозом, нарушением функций печени. Могут наблюдаться симптомы обострения панкреатита.

Провоцировать приступы могут прием острой и жирной пищи, физическое перенапряжение, отрицательные эмоции и переутомление. В период между приступами больные испытывают постоянные умеренные боли в правом подреберье. Больным с указанным течением хронического холангита противопоказана работа, связанная с тяжелым

и средним физическим напряжением, частыми наклонами или вынужденным полусогнутым положением туловища, вибрацией, тряской ездой. Круг доступных профессий таким больным значительно сужен. При переводе больных на работу с уменьшением объема производственной деятельности или снижением квалификации определяется III группа инвалидности на период рационального трудоустройства. Однако большинство больных в подобных случаях инвалидами не признаются.

При тяжелой форме хронического холангита у больных наступают частые обострения, сопровождающиеся повышением температуры тела, желтухой, значительным увеличением СОЭ, высоким лейкоцитозом. Наблюдаются нарушения функции желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, приводящие к выраженной потере массы тела; невротические расстройства. Обострения возникают на фоне постоянных болей в правом подреберье. В связи с частым и длительным наступлением временной нетрудоспособности больным обычно устанавливается II группа инвалидности. Лицам, признанным инвалидами, следует рекомендовать надомный труд. Если обострения связаны с наличием камней в желчных протоках, больным показано оперативное лечение, которое может привести к выздоровлению.

При направлении во ВТЭК больных с так называемым пост-холецистэктомическим синдромом в посыльных листах (уч. ф. № 88) должны быть отражены частота и степень тяжести обострения болезни, длительность временной нетрудоспособности в течение последнего года, результаты исследования функции печени, поджелудочной железы, холангиографии, рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, эффективность проведенной терапии.

## ВТЭ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕФРЭКТОМИЮ<sup>1</sup>

Наиболее частыми причинами нефрэктомии являются почечнокаменная болезнь, туберкулез, травма или опухоль почки. Клинический прогноз после нефрэктомии по поводу травмы почки благоприятный. Менее благоприятный клинический прогноз у лиц, перенесших нефрэктомия по поводу почечнокаменной болезни, длительно протекающей. Чем короче срок заболевания до операции, тем лучше оставшаяся почка компенсирует функцию удаленной почки.

Критериями в оценке трудоспособности служат морфологические и функциональные изменения единственной почки.

Больным с единственной здоровой почкой, перенесшим нефрэктомия по поводу травмы, недоступна работа, связанная со значительным физическим напряжением, неблагоприятными метеороусловиями, воздействием токсических веществ, вибрацией. При отсутствии названных факторов больные с единственной здоровой почкой остаются трудоспособными в своей профессии. В случае возникновения хронической почечной недостаточности I степени у больных с единственной почкой они могут выполнять легкий физический и умственный труд. При необходимости перевода таких больных на доступную им работу другой профессии более низкой квалификации может устанавливаться III группа инвалидности. Временная нетрудоспособность продлевается в ряде случаев до 4 мес — период, необходимый для адаптации единственной почки к новым условиям, длительность которого зависит

<sup>1</sup> Раздел написан совместно с доц. А. Н. Митропольским. См. литературу № 15.

от общего состояния больного, возраста и сопутствующих заболеваний.

Хроническая почечная недостаточность II или III степени у больных с единственной почкой обуславливает стойкую потерю трудоспособности в обычных производственных условиях. Больным устанавливается II группа инвалидности, а при нуждаемости в постоянном уходе — I группа инвалидности. У больных с почечнокаменной болезнью, помимо степени недостаточности функций единственной почки, необходимо учитывать характер течения основного заболевания.

Врачебно-трудовая экспертиза лиц, перенесших нефрэктомия по поводу туберкулеза почки, изложена на стр. 452.

Врачебно-трудовая экспертиза лиц, перенесших нефрэктомия по поводу злокачественной опухоли, проводится на основании общих принципов, представленных в гл. «ВТЭ при злокачественных новообразованиях» (стр. 318).

### **ВТЭ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ<sup>1</sup>**

Последствием травмы верхних конечностей может быть утрата конечности с образованием культи на любом уровне. Согласно Инструкции по определению групп инвалидности, лицам с культами верхних конечностей может устанавливаться I, II и III группа инвалидности. При вынесении решения о состоянии трудоспособности экспертные комиссии обязаны строго руководствоваться указанными в Инструкции положениями (см. подробнее в приложении, стр. 536).

Инвалидами I группы признаются лица с культями обеих верхних конечностей (отсутствие всех пальцев на обеих кистях и более высокие ампутационные дефекты); с культей верхней конечности на любом уровне и бедра.

Инвалидами II группы признаются лица с культей кисти или предплечья и культей голени; культей плеча или предплечья при значительном нарушении функции другой верхней конечности; культей верхней конечности и слепотой на один глаз, которые по состоянию здоровья не могут вернуться к производственной деятельности в обычных условиях.

Инвалидами III группы признаются лица с анатомическими дефектами верхней конечности вследствие переломов, при необходимости перевода на работу более низкой квалификации вследствие невозможности продолжать работу в прежней профессии; при необходимости значительных изменений условий работы, которые приводят к сокращению объема производственной деятельности, снижению квалификации; при значительном ограничении возможности трудового устройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц низкой квалификации или ранее не работавших. Анатомические дефекты, при которых III группа инвалидности устанавливается независимо от выполняемой работы, см. в приложении, стр. 540.

Переломы плечевой кости делятся на открытые и закрытые переломы верхнего конца плечевой кости, средней трети диафиза и нижнего конца плечевой кости.

К переломам верхнего конца плечевой кости относятся переломы головки плечевой кости, анатомической шейки, чрезбугорковые и переломы хирургической шейки плеча. Переломы шейки плеча чаще

<sup>1</sup> См. литературу № 16.

встречаются в возрасте 55 лет и старше. Лечение указанных переломов консервативное и состоит в фиксации поврежденной конечности с помощью шины Сигенко или отводящей шины ЦИТО. Оперативное лечение производится при раздроблении или отрыве головки.

Переломы средней трети плечевой кости (диафизарные) возникают при прямом ударе и нередко наблюдаются у лиц тяжелого физического труда. Смещение отломков при этом может быть различным. При консервативном лечении производится сопоставление отломков, гипсовая фиксация, при оперативном лечении применяется остеосинтез различной модификации с последующим курсом лечебной гимнастики. Фиксаторы удаляются не ранее чем через 5—6 мес после наступления консолидации.

Переломы нижнего конца плечевой кости делятся на внутрисуставные, к которым относятся переломы обоих мыщелков плеча, чрезмыщелковые, Т- и У-образные переломы дистального конца плечевой кости, и внесуставные, к которым относятся надмыщелковые переломы. Надмыщелковые переломы, в свою очередь, делятся на экстензионные, когда периферический конец кости смещается кзади, и флексионные, когда он смещается кпереди. При смещении отломков может травмироваться нервно-сосудистый пучок.

Лечение переломов нижнего конца плечевой кости преимущественно консервативное.

Наиболее тяжелыми являются внутрисуставные переломы мыщелков плечевой кости и особенно переломы с Т- и У-образной плоскостью излома и расхождением мыщелков в разные стороны. Такие переломы лечатся вытяжением или оперативным способом.

Сроки временной нетрудоспособности (в месяцах) при неосложненных переломах плечевой кости представлены в табл. 5.

Основаниями для направления больных на ВТЭК являются замедленная консолидация перелома, остеомиелит, стойкое поражение периферических нервных стволов с нарушением функции кисти вследствие появившейся контрактуры пальцев, культи плеча, болтающийся плечевой сустав после резекции, анкилоз и резко выраженная стойкая контрактура сустава.

Под резко выраженной стойкой контрактурой понимается ограничение движений в суставах в пределах 5—8°. Группа инвалидности без переосвидетельствования в таких случаях устанавливается при наблюдении за больным не менее 2 лет.

Разнообразные переломы костей предплечья нередко являются осложненными, что приводит к длительной утрате трудоспособности. Такие переломы встречаются довольно часто (в 20—25,3% случаев).

В зависимости от локализации различаются открытые и закрытые переломы верхней, средней и нижней трети предплечья. В верхней трети предплечья возникают переломы локтевого и венечного отростков. Перелом локтевого отростка составляет 3,5% всех переломов и возникает при падении на локоть. Перелом венечного отростка встречается в 0,2% случаев и, как правило, сопровождается задний вывих предплечья. Лечение обычно консервативное, при оскольчатых переломах — оперативное. Трудоспособность больных восстанавливается через 2—2,5 мес.

Переломы головки и шейки лучевой кости встречаются в 1,3% случаев по отношению к другим переломам. Лечение консервативное. Трудоспособность больных восстанавливается через 5—6 нед.

Таблица 5. Сроки временной нетрудоспособности (в мес) при несложных переломах плечевой кости

Локализация перелома	Характер труда	
	Без физического напряжения	С физическим напряжением
Переломы верхнего конца	1,5—2,5	2,5—3
Диафизарные переломы	2,5—3	3—3,5
Переломы нижнего конца:		
внесуставные	1—1,5	1,5—2
внутрисуставные	1,5—2	2,5—4

Осложнениями переломов верхней трети предплечья являются неправильно сросшиеся переломы, ложные суставы, контрактура и анкилоз локтевого сустава, служащие основанием для ограничения трудоспособности лиц, труд которых связан со значительным физическим напряжением.

К диафизарным переломам предплечья относятся перелом Монтеджи (локтевой кости с вывихом головки лучевой кости), Галеацци (лучевой кости с вывихом головки локтевой кости), переломы обеих костей и изолированные переломы локтевой или лучевой кости. Лечение указанных переломов консервативное. При значительном смещении отломков и переломовывихе костей производится остеосинтез металлическими приспособлениями и костной пластиной. Трудоспособность восстанавливается через 3—4 мес. Однако последствия диафизарных переломов в ряде случаев могут служить основанием для установления II и III группы инвалидности.

II группа инвалидности определяется при несросшемся переломе обеих костей предплечья со смещением отломков, что обуславливает необходимость оперативного вмешательства, в ходе которого выполняется остеосинтез металлическими спицами с применением костного трансплантата.

Образование ложного сустава обеих костей предплечья является основанием для признания больного инвалидом III группы. При неэффективности оперативного вмешательства в подобных случаях инвалидность устанавливается без указания срока пересвидетельствования.

При ложном суставе одной кости предплечья и поражении локтевого, срединного или лучевого нервов с нарушением функции кисти показана работа, не связанная с тяжелым физическим напряжением. Больным, работающим в противопоказанных профессиях, устанавливается III группа инвалидности на период рационального трудового устройства. Показанием к установлению III группы инвалидности могут являться контрактуры локтевого и лучезапястного суставов и развивающиеся в них дегенеративно-дистрофические процессы (см. также Приложение, стр. 540, п. г).

**Переломы костей кисти.** Среди всех производственных травм, сопровождающихся временной утратой трудоспособности, 40% составляют повреждения кисти.

Различают переломы костей запястья, пясти и пальцев.

Из переломов костей запястья наибольшее практическое значение имеет перелом ладьевидной кости. Лечение такого перелома про-

должается в среднем 3—4 мес. В тех случаях, когда перелом осложняется псевдоартрозом, требуется хирургическое вмешательство. Восстановление трудоспособности у лиц физического труда наступает через 5—6 мес. При переломах других костей запястья трудоспособность восстанавливается через 3—4 нед.

Из переломов пястных костей наибольшее значение имеет перелом I пястной кости с краевым отрывом проксимального и внутрисуставного конца (перелом Беннетта). Несвоевременное и неправильное лечение перелома приводит к нарушению функции I пальца и снижению трудоспособности у лиц физического труда.

При переломах других пястных костей трудоспособность восстанавливается через 6—8 нед.

Переломы фаланг пальцев чаще бывают открытыми и множественными. Состояние трудоспособности зависит от степени нарушения функции схвата и удержания предметов. Выраженные нарушения указанных функций препятствуют выполнению работы, связанной с точными движениями и необходимостью пользоваться ручным инструментом. В реабилитации таких больных первостепенную роль играют рациональное трудоустройство и профессиональное обучение. Восстановительное лечение не всегда бывает успешным, и больные часто от него отказываются.

У некоторых больных последствия травмы кисти сопровождаются стойким ограничением трудоспособности. Согласно Инструкции МСО РСФСР, в соответствующих случаях им устанавливается III группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования (см. Приложение, стр. 540, п. г).

**Поражение периферических нервов вследствие перелома костей верхней конечности.** В 48,5% случаев у больных с переломами костей верхней конечности обнаруживаются различные повреждения периферических нервов. Больные при этом жалуются на боли и онемение в зоне поражения нерва (парестезии).

При переломах верхней трети плеча обычно отмечается сочетанное повреждение локтевого, лучевого, внутреннего кожного нерва плеча и предплечья. Реже повреждаются срединный и кожные ветви подмышечного нерва. Поражение нервно-сосудистого пучка сопровождается чувствительными и двигательными расстройствами кисти, вплоть до пареза, а также выраженными вегетативно-сосудистыми нарушениями.

При переломе плечевой кости на уровне средней трети наблюдается изолированное или сочетанное повреждение локтевого и срединного, локтевого и лучевого нервов. В тех случаях, когда повреждается только лучевой нерв, наступают выраженный парез разгибателей кисти и пальцев и снижение чувствительности в зоне его иннервации.

При переломах плечевой кости в нижней трети наблюдается преимущественное поражение локтевого нерва, что клинически проявляется гипотрофией межкостных мышц, легкой сгибательной контрактурой IV—V пальцев, снижением чувствительности в области V пальца. Чаще наблюдается сочетанное поражение локтевого и срединного нервов, реже локтевого и кожных ветвей подмышечного нерва или лучевого и внутреннего кожного нервов.

При переломе лучевой кости преимущественно поражается лучевой нерв. Наблюдается легкая слабость разгибателя большого пальца и снижение болевой чувствительности на тыльной поверхности I пальца. Нередко имеет место сочетанное поражение срединного, лучево-

го и локтевого нервов, не сопровождающееся значительными чувствительными и двигательными расстройствами. Очень редко при поражении лучевого и срединного нервов наступает парез разгибателей кисти и пальцев, а также сгибателей I—II—III пальцев.

При переломе локтевой кости чаще травмируется локтевой нерв или локтевой и срединный нервы одновременно.

При переломе обеих костей предплечья часто поражаются все три нерва — срединный, лучевой и локтевой, что сопровождается у некоторых больных выраженным парезом кисти. В большинстве случаев обнаруживаются незначительное снижение болевой чувствительности в зоне их иннервации, а также двигательные нарушения.

При переломах костей запястья, пястных костей и фаланг пальцев могут повреждаться конечные ветви срединного, локтевого и лучевого нервов. Однако значительные ограничения функции приведения и отведения, сгибательная контрактура и снижение силы пальцев кисти при этом возникают только в редких случаях.

Трудовой прогноз при травматическом повреждении нервов верхних конечностей у большинства больных благоприятный. Полная утрата трудоспособности наступает редко. Больные с парезом верхней конечности не могут выполнять работу, требующую значительного физического напряжения, участия обеих конечностей в удержании предметов, точных и тонких двигательных манипуляциях, особенно с предписанным темпом. При переводе больных на другую работу может иметь место снижение квалификации, что обуславливает определение III группы инвалидности.

Показанной является работа, не требующая значительного или постоянного умеренного физического напряжения, обязательного активного участия обеих конечностей, тонких и точных движений пальцев кисти.

### **ВТЭ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ<sup>1</sup>**

Внутриуставные повреждения приводят к длительным срокам временной нетрудоспособности и нередко к инвалидности. Инвалидность вследствие внутрисуставных переломов наступает в 25,1% всех случаев. Почти каждый третий больной с повреждением суставов нижних конечностей признается инвалидом. Однако при эффективном лечении несложненных повреждений суставов нижних конечностей инвалидность наступает редко, и большинство больных после периода временной нетрудоспособности возвращаются к своей прежней работе (табл. 6).

Временная нетрудоспособность продлевается в тех случаях, если перелом обеих лодыжек костей голени срастается со смещением отломков и подвывихом стопы. Больные жалуются на боли, хромоту, отеки. При осмотре определяется значительная деформация с резким ограничением функции голеностопного сустава и нарушением опорной функции конечности. После лечения лицам тяжелого физического труда устанавливается III группа инвалидности на период рационального трудового устройства.

При первичном освидетельствовании во ВТЭК III и II группы инвалидности устанавливаются в случаях комбинированного повреждения голеностопного сустава и сосудисто-нервного пучка (рефлекторная

<sup>1</sup> См. литературу № 17—19, 23.



Таблица 6. Средние сроки временной нетрудоспособности (в мес) при закрытых повреждениях суставов нижних конечностей

Локализация повреждения	Характер труда	
	Без физического напряжения	С физическим напряжением
Медиальный перелом шейки бедра	7-8	10-12
Красные переломы вертлужной впадины	3-4	4-5
Вывих бедра	2-3	3-3,5
Переломовывих бедра	4-5	5-8
Перелом надколенника	1,5-2	2,5-3
Перелом мышц бедра и большеберцовой кости	3,5	4,5-5
Перелом наружной лодыжки	1-1,5	1,5-2
Перелом внутренней лодыжки	1,5-2	2-2,5
Двухлодыжечные переломы	2-2,5	2,5-3(4)
Трехлодыжечные переломы	2,5-3,5	3,5-5,5
Переломы таранной кости	2-2,5(3,5)	2,5-3,5(4)
Переломы типа Десто	2,5-3,5	4-6

дистрофия). Больные отмечают боли жгучего характера, отек и синюшность области сустава. Рентгенологически определяются замедленная консолидация перелома, остеопороз костей голеностопного сустава.

При последствиях перелома Дюпюитрена — подвывихе или вывихе стопы, деформирующем артрозе, сопровождающихся постоянным отеком и нарушением опорной функции конечности, противопоказана работа, связанная с длительной ходьбой и стоянием. Лицам, работающим в противопоказанных профессиях, устанавливается III группа инвалидности на период рационального трудоустройства. В случае оперативного вмешательства, произведенного через 3-4 мес после травмы, при первичном освидетельствовании во ВТЭК целесообразно установление II группы инвалидности.

При переломе Десто со смещением отломков, значительной деформацией и порочным положением стопы, резким ограничением функции голеностопного сустава сроки временной нетрудоспособности удлиняются до 6-8 мес. Далее, в зависимости от исхода, больные признаются трудоспособными или инвалидами III группы на период рационального трудоустройства. При переломе Десто, осложненном травмой сосудисто-нервного пучка, устанавливается II группа инвалидности. Резкие функциональные расстройства, постоянный отек, атрофия мышц и неустраняемый подвывих стопы, деформирующий артроз III стадии дают основание инвалидность установить бесспорно.

При изолированном переломе таранной кости со смещением отломков (переломовывих), деформацией верхнего отдела стопы, нарушением опорной функции конечности сроки временной нетрудоспособности при первичном освидетельствовании во ВТЭК могут быть продлены либо установлена II группа инвалидности. В дальнейшем, если восстановительное лечение оказывается эффективным, лицам физического труда определяется III группа инвалидности. Если восстановительное лечение оказывается неэффективным, больные признаются инвалидами II группы.

При комбинированном переломе таранной кости без смещения отломков в случае нормально протекающей консолидации перелома лица тяжелого физического труда бывают временно нетрудоспособны в течение 3—5 мес. При смещении отломков (переломовывих), резко выраженной контрактуре сустава с порочным положением стопы, т.е. фиксации ее под углом менее  $80^\circ$  или более  $120^\circ$ , а также резко выраженной варусной или вальгусной деформации, нарушением статики сроки временной нетрудоспособности удлиняются. В дальнейшем при неудовлетворительном исходе лечения такие больные признаются инвалидами III группы, иногда — II группы.

Если при первичном освидетельствовании во ВТЭК прогноз травмы не ясен, для окончательного решения вопроса о трудоспособности следует рекомендовать повторное освидетельствование через 1,5—2 мес.

При тяжелых осложненных травмах, неблагоприятном клиническом прогнозе больным необходимо определять II группу инвалидности, рекомендовать восстановительное лечение.

При определении состояния трудоспособности лиц, перенесших внутрисуставные переломы, должны учитываться анатомические и функциональные нарушения конечности, сопутствующие заболевания, а также социальные факторы (возраст, образование, профессия и стаж работы в ней, условия труда).

Исходом внутрисуставных повреждений является анкилоз или резко выраженная контрактура сустава. При наличии контрактуры или анкилоза необходимо точно определить положение конечности, от которого зависит степень нарушения ее функции. Функционально выгодным положением считается такое, при котором статика нарушается в наименьшей степени.

Резко выраженная контрактура или анкилоз тазобедренного сустава, независимо от положения конечности, является таким анатомическим дефектом, при котором III группа инвалидности устанавливается без указания срока переосвидетельствования, независимо от характера трудовой деятельности, согласно перечню заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно. Резко выраженной считается контрактура, если движения в тазобедренном суставе возможны только в одной плоскости в пределах до  $40^\circ$ .

Функционально наиболее выгодным следует считать положение конечности со сгибанием бедра под углом между  $155^\circ$  и  $170^\circ$  и отведением под углом между  $85^\circ$  и  $100^\circ$ , а порочным — анкилоз или контрактуру тазобедренного сустава под углом от  $150^\circ$  до  $90^\circ$  с приведением бедра.

Объем движений в тазобедренном суставе в норме составляет: сгибание до  $60^\circ$  лежа на спине, разгибание до  $30-35^\circ$  лежа на животе; отведение от средней линии в пределах  $30-40^\circ$ , приведение —  $20-30^\circ$ ; ротация наружу и кнутри —  $70^\circ$ .

Для коленного сустава функционально невыгодным считается положение, если конечность фиксирована под углом менее  $180^\circ$ , а также анкилоз сустава после резекции его с укорочением конечности на 7 см и более либо разболтанность сустава вследствие разрыва связочного аппарата. Показатели объема движений в коленном суставе в норме таковы: сгибание —  $30-50^\circ$ , разгибание —  $180^\circ$ . Легкая степень нарушения функции сустава характеризуется ограничением сгибания до угла в  $100^\circ$  и разгибания — в  $170^\circ$ ; средняя степень — ограничением сгибания до угла более  $100^\circ$  и разгибания —  $170^\circ$ ; тяжелая степень — объемом движения в пределах  $5-9^\circ$ .

Нормальный объем движений в голеностопном суставе в среднем составляет 55–75°. Уменьшение объема движений до 30–50° считается легкой, до 10–30° — средней, до 5–9° — тяжелой степенью нарушения функции сустава.

При решении вопроса о трудоспособности больных, перенесших травматическое повреждение тазобедренного сустава, следует учитывать состояние функции всей конечности. Принято выделять 3 степени нарушения функции конечности.

Незначительно выраженная, или I, степень недостаточности функции характеризуется следующими симптомами: болями в суставе к концу дня при длительной ходьбе или работе с физическим напряжением; правильной осью конечности; укорочением конечности до 5 см; умеренным ограничением отведения и ротации бедра; отсутствием атрофии мышц ягодичной области, бедра, голени, а также признаками поражения периферической нервной системы. На рентгенограмме определяются консолидированный перелом шейки бедра или вертлужной впадины, деформирующий артроз I–II стадии.

При I степени нарушения функции конечности нижней конечности после повреждения тазобедренного сустава больные трудоспособны и лишь в редких случаях нуждаются в ограничениях, устанавливаемых ВКК лечебных учреждений.

Умеренно выраженная, или II, степень недостаточности функции нижней конечности характеризуется следующими симптомами: болями в тазобедренном суставе, возникающими при ходьбе даже на небольшие расстояния, пояснице, коленном суставе, в мышцах бедра и голени; резко выраженными ограничениями движений в суставе или костным анкилозом в функционально выгодном положении (155–170°); искривлением оси конечности, обусловленным деформацией шейки бедра; укорочением конечности в пределах 5–7 см; атрофией мышц ягодичной области, бедра и голени; пояснично-крестцовым радикулитом; невритом бедренного нерва с легким болевым синдромом; рентгенологически определяемым деформирующим артрозом II стадии; асимметрией показателей артериальной осциллографии и кожной термометрии.

При экспертизе трудоспособности больных с функциональной недостаточностью конечности II степени устанавливается III группа инвалидности на период рационального трудоустройства, если перевод в доступные профессии сопровождается снижением квалификации.

Функциональная недостаточность конечности III степени (резко выраженная) характеризуется постоянными болями в пояснице, тазобедренном и коленном суставах; тянущими болями в мышцах конечности; невозможностью передвигаться без костылей и палки; резко выраженной контрактурой тазобедренного сустава (чаще сгибательной, под углом менее 150°) или анкилозом; ложным суставом шейки бедра или патологическим деструктивным вывихом бедра; резко выраженной атрофией мышц ягодичи и всей нижней конечности; деформирующим артрозом III стадии; дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, тазобедренного сустава здоровой конечности, коленного сустава одной или обеих конечностей; пояснично-крестцовым радикулитом, невритом седалищного нерва и нейро-рефлекторным синдромом, выраженным в умеренной степени.

При функциональной недостаточности III степени определяется II или III группа инвалидности в зависимости от профессии.

При определении временной и стойкой нетрудоспособности лиц с последствиями травм суставов нижних конечностей следует учитывать

не только клинические данные, но также профессию больного, характер труда, степень нагрузки на конечность в процессе работы.

При вынесении экспертного решения о состоянии трудоспособности лиц с выраженной и резко выраженной функциональной недостаточностью конечности после травмы ВТЭК должна не только своевременно рекомендовать приобретение доступной профессии, но и устанавливать нуждаемость в ортопедических приспособлениях с целью предотвращения вторичных статических нарушений.

### ВТЭ ПРИ ВЫВИХАХ БЕДРА<sup>1</sup>

При экспертизе трудоспособности лиц с врожденным односторонним и двусторонним вывихом бедра следует различать над-ацетабулярный, подвздошный и неполный вывих (подвывих).

*Над-ацетабулярный вывих.* В результате диспластического состояния тазобедренного сустава — недоразвития вертлужной впадины, а нередко и головки бедра, под влиянием тракции мышц при ходьбе у детей нарушается контакт головки бедра с суставной впадиной. Бедро при этом перемещается кверху в над-ацетабулярную область, где может формироваться неартроз.

Клиника одностороннего над-ацетабулярного вывиха характеризуется небольшим укорочением конечности, легкой хромотой, незначительным перекосом таза с соответствующим умеренным компенсаторным искривлением позвоночника, слабо выраженным симптомом Тренделенбурга. Рентгенологически при над-ацетабулярном вывихе определяется сочленение между внутренней частью головки бедра и телом подвздошной кости, образующим подобие суставной впадины. Наружная часть головки бедра остается недоразвитой из-за выпадения нагрузки, шейка бедра почти не изменяется, иногда повернута кпереди, шесечно-диафизарный угол нормальный или несколько увеличен.

Клинический и трудовой прогноз при над-ацетабулярном вывихе благоприятный, если больные работают в показанных им профессиях и рационально трудоустроены. Физический труд, связанный с подъемом и переноской тяжестей, а также длительным пребыванием на ногах таким больным противопоказан. Умственный или легкий физический труд, выполняемый сидя, является показанным для таких больных. При нерациональном трудоустройстве в зависимости от степени перегрузки пораженной конечности у больных развиваются дегенеративно-дистрофические изменения в суставе типа деформирующего артроза или кистовидной перестройки, ухудшающие функцию конечности и обуславливающие болевой синдром. В случае возникновения упомянутых осложнений больных следует признавать ограниченно трудоспособными даже в показанной профессии с целью уменьшения объема производственной деятельности.

Значительные дегенеративно-дистрофические изменения в неартрозе (деформирующий артроз III стадии, кистовидная перестройка II стадии), особенно при двустороннем вывихе, сопровождаются выраженным болевым синдромом, резкими нарушениями функции конечности, развитием флексорно-аддукторной контрактуры в суставах, что является основанием для признания больных нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Им в ряде случаев может быть доступен труд на дому или в специально созданных условиях.

<sup>1</sup> См. литературу № 20—23.

*Подвздошный вывих бедра.* При этом вывихе во время ходьбы под влиянием усиливающейся тяги мышц бедро преодолевает сопротивление суставной сумки и связочного аппарата, перемещается вверх и кзади и скользит по крылу подвздошной кости, упираясь в нее небольшой частью выпуклой поверхности головки. Достигнув определенного предела, дальнейшее смещение головки прекращается. У отдельных лиц наблюдается образование неаргроз. Клинически вывих проявляется болями, значительным расстройством походки, вынужденным ограничением нагрузки на конечность, атрофией мышц бедра, выраженным функциональным укорочением и отставанием в росте конечности, компенсаторным перекосом таза, сколиозом, усилением лордоза поясничного отдела, резко выраженным симптомом Тренделенбурга. Рентгенологически определяются высокое стояние головки и атрофия головки. Из-за выпадения функции головки и большого вертела нарушается формирование всего проксимального отдела бедра. Данные рентгенологического исследования бедренной кости могут служить критерием для определения функциональной активности конечности, так как степень атрофии бедра в значительной мере соответствует нагрузке. Усиление остеопороза головки, а также истончение замыкающей пластинки служит объективным подтверждением возникших болевых ощущений и вынужденного в связи с этим ограничения нагрузки на конечность.

Клинический и трудовой прогноз при подвздошном вывихе бедра более благоприятен, чем при надацетабулярном. При рациональном трудоустройстве больных период декомпенсации наступает позже и характеризуется обычно менее тяжелыми расстройствами. Период декомпенсации проявляется быстрой утомляемостью, болевыми ощущениями в поясничном отделе позвоночника, различными неврологическими расстройствами, связанными с остеондрозом межпозвонковых дисков. Срыву компенсации подвздошного вывиха способствуют возникающий дегенеративно-дистрофический процесс в мышцах, удерживающих таз и поясничный отдел позвоночника в вынужденном положении, а также неадекватная нагрузка на сустав.

Осложнения подвздошного вывиха бедра могут быть основанием для определения больным III группы инвалидности в случае необходимости уменьшения объема производственной деятельности при частых срывах в прежней профессии либо перевода на другую работу со снижением квалификации. Длительная потеря трудоспособности больных, страдающих подвздошным вывихом бедра, наблюдается редко.

*Неполный вывих (подвывих) бедра.* Врожденные подвывихи бедра у взрослых наблюдаются при неустранении последних в раннем детстве. Смещение головки бедра при подвывихе не достигает степени полного вывиха. Клинически подвывих бедра проявляется утомляемостью и болями в тазобедренном суставе, нередко иррадиирующими в коленный сустав, небольшой хромотой и ограничением движений в тазобедренном суставе, особенно отведения и ротации. Рентгенологически определяются смещение головки бедра наружу и вверх, умеренная деформация ее, скошенность крыши суставной впадины, иногда соха *valga*.

С целью профилактики инвалидности больным следует рекомендовать работу, выполняемую при переменном положении тела, преимущественно сидя, без нагрузки на больную конечность. Клинический и трудовой прогноз ухудшается при развитии в исполно-

ценном суставе дегенеративно-дистрофических изменений, главным образом деформирующего артроза той или иной стадии. При рентгенологическом исследовании, кроме подвывиха, в этих случаях определяются костные разрастания, идущие по верхнему и внутреннему краю крыши суставной впадины, утолщение внутренней поверхности шейки бедра.

К мерам медицинской реабилитации больных с врожденным вывихом бедра, предпринимаемым в трудовом возрасте, относятся реконструктивные операции по методу Колонны, Заградничека непосредственно на тазобедренном суставе или остеотомии таза различными способами. В настоящее время остеотомия бедра или создание костного навеса над смещенной головкой бедра применяется редко. Внедряются различные методы артропластики с предварительным низведением бедра посредством аппарата Илизарова, вплоть до замещения сустава специальной металлической конструкцией.

Врожденный вывих бедра следует отличать от патологического вывиха вследствие перенесенного инфекционного артрита. Тяжесть патологических вывихов обуславливается обширным разрушением соприкасающихся поверхностей сустава и вывихов проксимального отдела бедренной кости, что вызывает значительное укорочение конечности, хромоту и статикодинамические нарушения, увеличивающиеся с возрастом.

Перенесенный в детстве острый гнойный коксит оставляет значительные рубцовые изменения, фиксирующие проксимальный конец бедра, что обеспечивает в известной мере опору конечности и препятствует ее отведению при развитии стойкий, близких «болтающемуся суставу». В связи с укорочением конечности остается хромота, наблюдается выраженный симптом Тренделенбурга. Таким больным доступен широкий круг профессий, работа в которых не связана с перегрузкой большой конечности. При рациональном трудоустройстве оснований для определения группы инвалидности нет. Исключением может быть деструктивный вывих в результате хронического гематогенного остеомиелита проксимального отдела бедра. В этих случаях при экспертизе трудоспособности учитываются частота, длительность и интенсивность обострений остеомиелита.

Деструктивный (патологический) вывих, возникший у юношей и взрослых, сопровождается более выраженными нарушениями функций. Особенно ярко они проявляются при развитии флексорно-аддукторной контрактуры, ограничивающей трудоспособность больных. В тех случаях, когда контрактура формируется в обоих суставах, больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Инвалидами II группы являются также лица с односторонним деструктивным вывихом при наличии выраженных дегенеративных процессов в тазобедренном суставе другой конечности.

Больным с деструктивным вывихом бедра производятся реконструктивные операции, способствующие увеличению объема движений или полному восстановлению подвижности в тазобедренном суставе, что обеспечивает возможность работать в профессиях, не связанных с длительной ходьбой, стоянием и переноской тяжестей.

Вывих бедра может развиваться также при распространенном параличе мышц нижних конечностей у больных полиомиелитом, когда отдельные группы мышц оказываются парализованными, и их антагонисты, сохраняя нормальный тонус, перемещают конечность в свою сторону. При поражении отводящих мышц бедра

(средней и малой ягодичной) приводящие мышцы бедра сокращены и атрофированы, капсула и связочный аппарат истончены и растянуты с наружной стороны, уплотнены и сморщены — с внутренней. В этих условиях нагрузка на конечность способствует вывиху. При каждом шаге в момент отрыва и занесения конечности вперед вывих самопроизвольно вправляется, при упоре на ногу он снова возникает. Ухудшение функции конечности в случае паралитического вывиха наступает при распространении паралича на все мышцы конечности.

Больным с выраженным расстройством походки в результате поражения ягодичных мышц с аддукторной контрактурой и вывихом бедра противопоказан всякий труд, связанный с ходьбой. Рекомендуется умственный и легкий физический труд, выполняемый сидя. В случаях распространенного паралича мышц таза и всей конечности опороспособность конечности полностью утрачивается, и больные признаются инвалидами II группы. Возникающий при этом вывих в тазобедренном суставе играет соподчиненную роль при оценке трудоспособности. Трудоспособность больных при двустороннем паралитическом вывихе в обычных производственных условиях также утрачивается.

### ВТЭ ПРИ ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ<sup>1</sup>

Ложные суставы развиваются преимущественно у больных после переломов кости с большой зоной повреждения и переломов, осложненных инфекцией. Значительно реже они возникают в результате патологических переломов. У отдельных больных наблюдаются врожденные ложные суставы.

В результате некоторых общих и местных причин, нередко связанных с погрешностями лечения, замедляется или прекращается развитие костной мозоли, и дальнейшая регенерация идет по типу образования ложного сустава.

Различаются три морфологические формы ложного сустава: неартроз, фиброзный ложный сустав и дефект части кости. В настоящее время не все авторы дефект части кости относят к ложным суставам. Неартроз наблюдается примерно у  $\frac{1}{3}$  всех больных, часто развивается в большеберцовой кости и в шейке бедренной кости, нередко в параартикулярных участках костей предплечья и в плечевой кости, редко в обеих костях голени, предплечья и диафизе бедренной кости. При неартрозе концы отломков соприкасаются на различном протяжении и в процессе движения конечности постепенно преобразуются в своеобразные суставные поверхности, покрытые замыкающей пластинкой. Образовавшиеся суставные поверхности склерозированы, вокруг них возникают костные разрастания. Клинически неартроз проявляется патологической подвижностью, варьирующей в зависимости от величины и формы новообразованных суставных поверхностей.

Для фиброзного ложного сустава, развивающегося почти исключительно в большеберцовой кости и в обеих костях предплечья, характерно отсутствие соприкосновения костных отломков, разделенных фиброзной тканью. Из-за буферного, рессорного действия фиброзной ткани отломки не перемещаются в мягкие ткани. Концы отломков не утолщаются, их структура изменяется мало, и лишь иногда возникает незначительный функциональный склероз. В ряде случаев происходит фиброзное сращение костных отломков, постепен-

<sup>1</sup> См. литературу № 24.

но переходящее в обычную костную мозоль и представляющее собой резко замедленную консолидацию перелома. При фиброзном срастании отломков ложный сустав не развивается, патологическая подвижность отсутствует. Однако у половины больных определяется незначительная подвижность, у некоторых — небольшая варусная деформация.

При дефекте части кости концы отломков располагаются в мягких тканях, покрыты замыкающей пластинкой и при движении конечности независимо друг от друга перемещаются в различных направлениях. В связи с тем, что опорная функция кости утрачена, развиваются атрофия и типичная заостренность отломков, уменьшающаяся по направлению к эпифизам. Клинически у этих больных всегда обнаруживается значительная патологическая подвижность концов отломков. Наиболее часто дефект части кости возникает в плечевой кости, несколько реже — в костях предплечья, большеберцовой и бедренной костях. Вследствие возникновения синдрома болтающегося ложного сустава больные нуждаются в постоянном пользовании фиксирующим аппаратом. При поражении проксимальных отделов верхней конечности наблюдается снижение мышечной силы кисти.

Экспертиза трудоспособности определяется локализацией и формой ложного сустава, особенностями компенсации функции и профессией больного.

Ложный сустав в форме неартроза, развивающийся на протяжении диафизов плечевой кости, обеих костей предплечья, голени, бедренной кости при неэффективности восстановительного лечения ограничивает трудоспособность больных во всех профессиях. Они признаются инвалидами III группы без указания срока переосвидетельствования.

Параартикулярные неартрозы плечевой кости, обеих костей предплечья, шейки бедренной кости вызывают умеренные функциональные нарушения, ограничивая отведение бедра или плеча, разгибание локтевого сустава, умеренную разболтанность или контрактуру соответствующего истинного сустава. В последнем случае неартроз компенсирует выпадение функции истинного сустава. Больные признаются ограниченно трудоспособными на период рационального трудоустройства, если их работа связана с постоянным значительным напряжением верхних конечностей или значительной перегрузкой нижних конечностей, а перевод на другую работу сопровождается снижением квалификации.

Неартроз одной из костей предплечья вызывает умеренное нарушение функции и не ограничивает трудоспособность больных. При неартрозе локтевой кости часто развивается деформирующий артроз одноименного сустава. У лиц с дистальным расположением неартроза локтевой кости формируется контрактура лучезапястного сустава. С целью профилактики указанных осложнений необходимо устранить постоянную значительную нагрузку на больную конечность.

При неартрозе большеберцовой кости процесс компенсации происходит за счет утолщения и уплотнения малоберцовой кости вследствие усиленной нагрузки. Такая рабочая гипертрофия может сопровождаться развитием дегенеративно-дистрофических процессов в коленном и голеностопном суставах, а также в самом неартрозе. Аналогичные изменения наблюдаются в неартрозе бедренной кости. С целью профилактики дегенеративно-дистрофических процессов, развивающихся в неартрозах, больным показано трудоустройство



в профессиях, не требующих длительного стояния, продолжительной ходьбы, подъема и переноса тяжестей. Больные, работающие в непоказанных профессиях, на период переквалификации признаются ограниченно трудоспособными.

Фиброзный ложный сустав большеберцовой кости сопровождается умеренным нарушением функции голени и обычно не ограничивает трудоспособность больных. Лица, работающие в профессиях тяжелого физического труда, признаются ограниченно трудоспособными на период рационального трудоустройства.

Фиброзный ложный сустав костей предплечья не вызывает существенных нарушений функции конечности и не ограничивает трудоспособность. Однако при трудовом устройстве больных с фиброзным ложным суставом локтевой кости следует учитывать возможность появления под влиянием значительной нагрузки деформирующего артроза локтевого сустава.

При других, значительно более редких, локализациях фиброзного ложного сустава трудоспособность больных также не нарушается.

Ложный сустав в форме дефекта части кости наиболее резко нарушает функцию конечности при локализации в диафизе плечевой и бедренной кости, а также в обеих костях предплечья или голени. В подобных случаях клинически определяется синдром болтающегося ложного сустава с нарушением опорной функции нижних конечностей и снижением мышечной силы кисти. Данная форма ложного сустава при указанных локализациях ограничивает трудоспособность больных практически во всех профессиях и вызывает существенные затруднения в быту. Если реконструктивное хирургическое лечение противопоказано или оказалось неэффективным, больным устанавливается III группа инвалидности без указания срока пересвидетельствования.

При параартикулярной локализации ложного сустава в форме дефекта плечевой кости, обеих костей предплечья, шейки бедренной кости трудоспособность больных ограничена в профессиях, требующих значительного напряжения пораженной конечности. Больные признаются инвалидами III группы на период рационального трудоустройства. В случае локализации ложного сустава в большеберцовой кости опорная функция конечности осуществляется за счет малоберцовой кости, которая гипертрофируется и несколько деформируется, причем в межберцовом и голеностопном суставах сохраняются нормальные соотношения. Такое состояние компенсации опорной функции конечности обеспечивает сохранение трудоспособности больных в профессиях, связанных с умеренной физической нагрузкой. Основным средством профилактики декомпенсации, при которой наступают значительное искривление малоберцовой кости, варусная установка голеностопного сустава, супинация стопы, подвывих в межберцовом и голеностопном суставах, укорочение голени, является рациональное трудоустройство больных. Благодаря широкому кругу доступных профессий необходимость в установлении III группы инвалидности возникает редко.

Ложный сустав в форме дефекта малоберцовой кости не является клинически, компенсируется за счет большеберцовой кости и не ограничивает трудоспособность больных.

Дефект части локтевой кости нередко компенсируется за счет лучевой кости и не ограничивает трудоспособность больных в широком круге профессий. Ограниченно трудоспособными признаются лица, работающие в профессиях, требующих постоянного и значительного

напряжения пораженной конечности. Труд в непоказанных профессиях приводит к развитию деформирующего артроза локтевого сустава. Дефект части лучевой кости нарушает трудоспособность лиц в профессиях со значительным физическим напряжением, падающим на поврежденную конечность. На период рационального трудоустройства они признаются ограниченно трудоспособными. Дефект части лучевой кости может сочетаться с вывихом локтевой кости в дистальном лучелоктевом суставе, что сопровождается деформацией верхней конечности и значительным нарушением функции лучезапястного сустава и кисти.

## **ВТЭ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С НЕЙРОТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ<sup>1</sup>**

Изучение отдаленных последствий травматического повреждения дистальных отделов нижних конечностей показало, что нейрорефлекторные расстройства (рефлекторная дистрофия) играют большую роль в снижении трудоспособности больных.

В происхождении нейрорефлекторных расстройств существенное значение приобретают изменения периферической нервной системы. Они являются источником патологических раздражающих импульсов, передающихся по рефлекторной дуге в кору головного мозга, а затем на периферию, где и возникают соответствующие расстройства. Рефлекторная дистрофия при повреждениях нижних конечностей наблюдается в 6—18% случаев, чаще при закрытых переломах, и развивается дистальнее места повреждения.

Различают острую и хроническую стадии дистрофии. Для острой стадии характерны жгучие боли, чувство жара или повышенной зябкости в пораженной конечности. Кожные покровы дистального отдела нижней конечности горячие на ощупь, багрово-синюшной окраски. Отмечается ранняя атрофия мышц пораженной нижней конечности. При рентгенологическом исследовании выявляется пятнистый остеопороз.

Хроническая стадия рефлекторной дистрофии характеризуется постоянными болями, слабостью и зябкостью конечности, цианозом и диффузным отеком стопы, понижением кожной температуры, резкой атрофией мышц и кожи, ослаблением циркуляции крови в пораженной конечности.

С нарастанием тяжести нейрорефлекторного синдрома наблюдается снижение амплитуды осцилляций на осциллограмме и кожной температуры по сравнению с таковыми здоровой конечности. Наряду с этим уменьшается максимальное, среднее и увеличивается минимальное давление. Рентгенологически отмечаются истончение и уменьшение трабекул, расширение костномозговых полостей. Вспомогательным методом является электромиографическое исследование, указывающее на повышение и значительно выраженную асимметрию биоэлектрической активности больной конечности.

При вынесении экспертных решений о трудоспособности данной категории лиц следует выделять 3 степени функциональной недостаточности поврежденной конечности — незначительную, умеренную и резко выраженную (или I, II и III степени).

<sup>1</sup> См. литературу № 25.

Незначительная, I, степень функциональной недостаточности характеризуется жалобами больных на неприятные ощущения и боли в голеностопном суставе к концу дня. Кожные покровы и ось конечности не изменены, атрофия мышц и трофические нарушения не определяются. Отмечается легкая пастозность тыла стопы. Движения в поврежденном голеностопном суставе возможны в пределах 20—30°. Прослеживается незначительное снижение ахиллова рефлекса и болевой чувствительности. Осциллографический индекс и кожная температура на пораженной и здоровой нижней конечности почти симметричны. Рентгенологически выявляются незначительно выраженные признаки деформирующего артроза голеностопного сустава и консолидация отломков без смещения.

Умеренная, II, степень функциональной недостаточности отличается развитием слабости и постоянных болей в пораженной конечности, усиливающихся к концу дня и затрудняющих ходьбу, парестезий. Отмечаются бледность и гипергидроз стопы, небольшое искривление оси конечности, иногда ее укорочение до 6—7 см, атрофия мышц до 2 см. Движения в голеностопном суставе ограничиваются до 10—15°. Двигательные и чувствительные расстройства выражены незначительно. Осциллографический индекс составляет 2—3 мм. Кожная температура понижается на 0,5—1°C. Рентгенологически определяются выраженные явления деформирующего артроза голеностопного сустава. Остеопороз костей наблюдается не у всех больных.

Резко выраженную, III, степень функциональной недостаточности конечности отличают постоянные жгучие боли, онемение и похолодание стопы, повышенная потливость, нарастающая слабость и утомляемость конечности при ходьбе, отечность стопы и нижней трети голени. Движения в голеностопном суставе ограничены до 5—10°, вплоть до анкилоза. Наблюдаются значительная атрофия мышц поврежденной конечности (2,5 см и более), истончение и цианоз кожных покровов, гипергидроз и гиперкератоз. В процессе неврологического исследования обнаруживаются снижение или отсутствие ахиллова рефлекса, гиперестезия на стопе и голени, гиперпатия, посттравматический неврит. На рентгенограмме можно отметить остеопороз с истончением и уменьшением количества трабекул, расширением костномозговых полостей, а также деформирующий артроз голеностопного сустава III стадии.

Экспертное решение при нейротрофических нарушениях у больных с повреждениями дистального отдела нижней конечности выносится с учетом степени выраженности функциональной недостаточности конечности, профессии больного, характера и конкретных условий труда, статической нагрузки на поврежденную конечность в процессе производственной деятельности.

## **ВТЭ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА, НЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА<sup>1</sup>**

В 75% случаев переломы позвоночника не сопровождаются повреждением спинного мозга. Особенностью клинического течения переломов позвоночника является замедленный репаративный процесс, обусловленный недостаточностью кровоснабжения и отсутствием надкостницы у тел позвонков. Так, компрессионный перелом тела

<sup>1</sup> См. литературу № 26.

позвонка со снижением его высоты на  $\frac{1}{4}$  без повреждения межпозвонкового диска консолидируется в течение 4—6 мес. Перелом тела позвонка, приводящий к снижению высоты позвонка более чем на  $\frac{1}{4}$  с повреждением одного или двух смежных межпозвонковых дисков, требует для репарации от 8 до 12 мес. При многооскольчатых переломах с внедрением элементов диска между отломками консолидация не наступает даже через 1,5 года, если не проводится соответствующее оперативное вмешательство.

Для целей врачебно-трудовой экспертизы предложено различать следующие последствия травматического повреждения позвоночника:

1. Деформация тела позвонка I степени в результате компрессионного перелома без нарушения оси и функции позвоночника либо с незначительным (легким) или умеренным нарушением функции. Деформация тела позвонка I степени после бывшего компрессионного перелома устанавливается в том случае, если высота тела позвонка в сагиттальной или фронтальной плоскости снижена не более чем на  $\frac{1}{4}$  нормальной высоты. Межпозвонковый диск не изменен. Такая деформация возникает при стабильных переломах, не сопровождающихся динамическим нарушением анатомических соотношений в сегменте.

2. Деформация тела позвонка II степени с незначительным искривлением оси позвоночника и легким или умеренно выраженным нарушением функции. Под деформацией тела позвонка II степени вследствие бывшего компрессионного перелома следует понимать снижение высоты тела позвонка на  $\frac{1}{3}$  и более, сопровождающееся уменьшением высоты смежного диска и искривлением оси позвоночника, возникающие при стабильных переломах.

3. Деформация тела позвонка III степени после многооскольчатого компрессионного перелома со смещением отломков, значительным искривлением оси и выраженным нарушением функции. Для деформации тела позвонка III степени характерно снижение высоты тела позвонка более чем на  $\frac{1}{2}$ , снижение высоты выше- и нижележащего диска, смещение костных отломков не менее чем на половину объема тела позвонка. Такая деформация наблюдается при нестабильных переломах, при которых возникает динамическое нарушение анатомических соотношений в сегменте.

В оценке трудоспособности больных, перенесших компрессионные переломы позвоночника, большое значение имеет определение функции позвоночника. Нарушения функции клинически проявляются болями различного характера, корешкового, корешково-вегетативного и спинального происхождения, возникающими чаще всего при нагрузках, и ограничением подвижности позвоночника при наклонах туловища во всех направлениях. При определении функции следует учитывать, что компенсаторные возможности позвоночника велики, и в ряде случаев явные ограничения подвижности, устанавливаемые рентгенологически с применением функциональных проб, клинически не проявляются. Компенсация нарушений опорной и двигательной функций позвоночника может быть «полной», если наступает полное анатомо-функциональное восстановление в зоне перелома, или «относительной», когда функция восстанавливается за счет компенсаторных механизмов (преобразование дисков, спондилез, блок межпозвонковых суставов, костные разрастания в зоне перелома). Дополнительно выделяют состояние субкомпенсации и декомпенсации.

Функциональные возможности позвоночника в известной мере определяются состоянием тонуса паравerteбральных мышц. Значи-

тельно выраженная ригидность мышц, даже при отсутствии признаков радикулита, свидетельствует о недостаточности функции позвоночника.

Для объективизации болевого синдрома может быть использован метод электромиографии. Изменение биоэлектрической активности мышц свидетельствует о нарушении их функции и, следовательно, функции позвоночника.

Причиной нарушения функции позвоночника могут явиться болевой синдром, обусловленный самой травмой позвонка, искривление оси позвоночника, корешковый и спинальный синдромы, остеохондроз поврежденного межпозвонкового диска, дегенеративно-дистрофические поражения суставов и зоны перелома. При оценке функции позвоночника у лиц пожилого возраста следует учитывать патологические изменения, вызванные непосредственно травмой, а также возрастные особенности, проявляющиеся увеличением грудного кифоза, уплощением поясничного лордоза, снижением эластичности связочно-хрящевого аппарата.

Различаются 3 степени недостаточности функции позвоночника: незначительно выраженная, когда имеется полная или относительная компенсация; умеренно выраженная, наблюдающаяся при субкомпенсации, и резко выраженная, для которой характерна декомпенсация.

Для I, незначительно выраженной, степени недостаточности функций характерны относительная или полная компенсация нарушений, чувство скованности в позвоночнике при длительном сидении или пребывании больных в полусогнутом положении; боли, возникающие при поднятии и переноске тяжестей; незначительное ограничение подвижности позвоночника, определяемое клинически и рентгенологически; ригидность паравerteбральных мышц в области поврежденного отдела, определяемая электромиографически; редкие, легкие и кратковременные обострения радикулита (1—2 раза в год); остеохондроз межпозвонковых дисков I стадии, иногда грыжа Шморля травматического происхождения. Полная компенсация характеризуется отсутствием жалоб либо жалобами на эпизодически появляющиеся боли при значительном физическом напряжении и определяется в виде чувствительных, рефлекторных, вегетативных расстройств. При этом отсутствуют ограничение подвижности позвоночника, напряжение мышц спины, болезненность при осевой нагрузке и пальпации области остистых отростков. Полная компенсация обычно наступает при отрывах передневерхних отделов тел позвонков, компрессионных клиновидных переломах, реже при компрессионных переломах с разрывом замыкающей пластинки. Относительная компенсация нарушения функции позвоночника возникает при компрессионных клиновидных переломах тел позвонков с разрывом замыкающей пластинки и отрывом (или без него) передневерхнего участка, а также вертикальных переломах. В подобных случаях характерна стабилизация поврежденного двигательного сегмента за счет фиброзного, фиброзно-хрящевого или костного преобразования диска, ossификации передней продольной связки, блока межпозвонковых суставов.

Для II, умеренно выраженной, степени недостаточности функции характерны субкомпенсация нарушения, значительные боли в позвоночнике, возникающие чаще при физической нагрузке; ограничение движений в пораженном отделе, не компенсируемое другими отделами позвоночника. В процессе обследования больных определяются болезненность в области перелома, остистых отростков, при нагрузке по оси позвоночника, ригидность мышц, шейно-грудной или пояснично-

Таблица 7. Сроки восстановления трудоспособности больных при последствиях травм позвоночника

Локализация	Характер труда		Со значительным физическим напряжением
	Без физического напряжения	С легким и средним физическим напряжением	
<i>Деформация тела позвонка I степени без нарушения функций</i>			
Шейный и верхний грудной отдел	3—4 мес	4—5 мес	10—12 мес
Грудной и пояснично-крестцовый отдел	4—5 мес	5—6 мес	6 мес*
<i>То же с незначительным нарушением функций</i>			
Шейный и верхнегрудной отдел	4—5 мес	6—8 мес	8 мес*
Грудной и пояснично-крестцовый отдел	5—6 мес	8—10 мес	10 мес*
<i>То же, но с умеренным нарушением функций</i>			
Шейный и верхнегрудной отдел	6—8 мес	6—8 мес*	8 мес*
Грудной и пояснично-крестцовый отдел	8—12 мес	8—12 мес*	8—12 мес*

*Деформация тела позвонка II степени с незначительным нарушением функций*

Шейный и верхнегрудной отдел	6—8 мес	8—10 мес	10 мес*
Грудной и пояснично-крестцовый отдел	12 мес	12 мес*	12 мес*

*То же, но с умеренным нарушением функций*

Шейный и верхнегрудной отдел	8—10 мес	8—10 мес*	10 мес*
Грудной и пояснично-крестцовый отдел	12 мес	12 мес*	12 мес*

*Деформация тела позвонка III степени с незначительным нарушением функций*

Шейный и верхнегрудной отдел	10—12 мес	12 мес	12 мес*
Грудной и пояснично-крестцовый отдел	12 мес	12 мес*	12 мес*

*То же, но с умеренным нарушением функций*

Шейный и верхнегрудной отдел	10—12 мес	12 мес*	12 мес*
Грудной и пояснично-крестцовый отдел	12 мес	12 мес*	12 мес*

*То же, но с резко выраженным нарушением функций*

Шейный и верхнегрудной отдел	} По истечении 4 мес определяется II группа инвалидности		
Грудной и пояснично-крестцовый отдел			

\* По истечении указанного срока определяется III группа инвалидности для рационального трудоустройства.

крестцовый радикулит с умеренно выраженным болевым синдромом, остеохондроз межпозвоноковых дисков I—II стадии, травматические крупные хрящевые узлы Шморля в телах позвонков. Субкомпенсация нарушенной функции позвоночника возникает в основном при оскольчатых и вертикальных переломах, компрессионных переломах с разрывами замыкающих пластинок, переломе-вывихе, подвывихе.

Резко выраженная III степень недостаточности функции характеризуется декомпенсацией нарушения, постоянными болями в позвоночнике, усиливающимися при нагрузке или длительном пребывании в полусогнутом положении. Больные обычно носят корсет. При обследовании больных определяются вынужденное положение туловища при ходьбе; резкое ограничение подвижности в области повреждения позвоночника; ригидность паравerteбральных мышц; хронический радикулит с выраженным болевым синдромом, атрофия мышц нижней конечности и парезом дистального ее отдела. Рентгенологически определяется остеохондроз межпозвоноковых дисков II—III стадии. В отдельных случаях диагностируются спондилолистез, несросшийся многооскольчатый перелом тела позвонка из-за внедрения диска между отломками или компрессионный перелом со смещением на половину объема тела позвонка и больше. Декомпенсация нарушения функции позвоночника наблюдается главным образом при нестабильных переломах, осложненных тяжелым дегенеративно-дистрофическим поражением позвоночника (спондилоартрозом, зонами перестройки межостевых отделов) в зоне бывшего перелома или в других отделах как результат их перегрузки.

Таким образом, при оценке трудоспособности больных, перенесших переломы позвоночника, следует учитывать вид перелома (стабильный, нестабильный), локализацию, течение процессов репарации, возникшие осложнения и выраженность компенсации нарушенных функций.

Ориентировочная схема первичной оценки трудоспособности при последствиях травматических повреждений позвоночника представлена в табл. 7.

Следовательно, инвалидами III группы признаются лица со стабильными переломами позвоночника при относительной компенсации нарушений функций позвоночника, выполняющие работу, связанную с тяжелым физическим напряжением, если перевод на другую работу влечет снижение квалификации или значительные сокращения объема производственной деятельности; лица с нестабильными переломами позвоночника при субкомпенсации нарушений функций позвоночника, выполняющие работу, связанную с умеренным и тяжелым физическим напряжением; лица с последствиями переломов позвоночника при субкомпенсации нарушений функций, выполняющие работу, связанную с тяжелым и умеренным физическим напряжением либо со значительной становой нагрузкой на позвоночник и плечевой пояс.

Нетрудоспособными в обычных производственных условиях следует признавать лиц с резко выраженной деформацией позвоночника при условии декомпенсации функций позвоночника по истечении 4 мес лечения по больничному листку в связи с неблагоприятным клиническим прогнозом и необходимостью длительного стационарного лечения, включая хирургическое; лиц с последствиями переломов позвоночника в состоянии декомпенсации нарушений функции позвоночника.



## ВТЭ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ СУСТАВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ<sup>1</sup>

Дегенеративно-дистрофические поражения суставов верхних конечностей встречаются значительно реже, чем суставов нижних конечностей. Процесс преимущественно локализуется в лучезапястном суставе и запястье, реже в плечевом и локтевом суставе.

Различают 3 формы поражения: деформирующий артроз, кистовидную перестройку сочленяющихся костей и асептический остеоартроз. Почти у половины больных, страдающих дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов верхних конечностей, наблюдается кистовидная перестройка сочленяющихся костей. Кистовидная перестройка развивается чаще в лучезапястном суставе и запястье, деформирующий артроз — в плечевом суставе, реже — в локтевом и лучезапястном. Асептический остеоартроз возникает преимущественно в лучезапястном суставе и запястье, изредка в локтевом суставе; плечевой сустав в процесс, как правило, не вовлекается.

Дегенеративно-дистрофические поражения суставов верхних конечностей наблюдаются преимущественно у лиц, профессиональная деятельность которых связана с постоянным значительным физическим напряжением. Они развиваются часто после однократной тяжелой травмы, перенесенного воспалительного процесса и других причин.

**Деформирующий артроз.** Больные деформирующим артрозом предъявляют жалобы на тупые ноющие боли в пораженном суставе, усиливающиеся при переходе к движению после продолжительного покоя, а также при неблагоприятных метеорологических условиях.

При поражении плечевого сустава в I стадии заболевания клинически обнаруживаются лишь незначительные нарушения функции отведения плеча. Рентгенологически определяются сужение суставной щели, а также костные краевые разрастания вокруг суставной впадины, обусловленные обызвествлением и оссификацией хрящевой губы. II стадия деформирующего артроза плечевого сустава характеризуется отчетливым ограничением движений, нередко сопровождающихся грубым хрустом. У большинства больных наступает атрофия мышц плечевого пояса. «Рентгеновская суставная щель» сужена умеренно, краевые разрастания выражены в большей мере, чем в I стадии. При поражении субакромиального сочленения костные разрастания возникают вокруг акромиального отростка и большого бугорка плечевой кости, что ограничивает отведение плеча. III стадия болезни наблюдается редко. Движения в плечевом суставе становятся резко ограниченными и нередко совершаются вместе с лопаткой. Вследствие разрушения суставных хрящей суставные поверхности склерозируются и деформируются, развиваются выраженные костные разрастания. При одновременном поражении плечевого и субакромиального суставов функциональные нарушения значительно увеличиваются.

В I стадии деформирующего артроза плечевого сустава трудоспособность больного может временно нарушаться в случае возникновения выраженного болевого синдрома. Деформирующий артроз плечевого сустава II и III стадий ограничивает трудоспособность больных в профессиях, связанных с постоянным физическим напряжением. К ним относятся, в частности, профессии маляра,

<sup>1</sup> См. литературу № 27.

штукатур, плотника, работа которых связана с подъемом и перемещением тяжестей, нагрузкой на плечевой сустав.

При деформирующем артрозе локтевого и лучезапястного суставов в I стадии отмечается нерезкое нарушение функций сгибания и разгибания. Во II стадии рентгенологически определяется выраженное сужение суставной щели, которая в III стадии с трудом прослеживается. Постепенно развивается атрофия соответствующих мышц, сгибание и разгибание в суставах значительно ограничиваются, возникает контрактура. Следует отметить, что контрактура локтевого сустава при деформирующем артрозе развивается в функционально выгодном положении, и трудоспособность таких больных нарушается редко.

**Дегенеративно-дистрофическое поражение суставов с кистовидной перестройкой сочленяющихся костей.** По течению различают кистовидную перестройку, склонную и не склонную к прогрессированию. Кистовидная перестройка, не склонная к прогрессированию, наблюдается после грубой травмы, развивается в области внутрикостных кровоизлияний в одной кости, реже в двух или нескольких, и имеет тенденцию к обратному развитию, если работа больного не связана со значительной нагрузкой на больную конечность. В подобных случаях кистовидная перестройка протекает бессимптомно или с умеренным нарушением функции конечности и не нарушает трудоспособность. Данная форма поражения чаще возникает в ладьевидной кости или других костях запястья, реже в головке плечевой кости. Кистовидные образования ограничены замыкающей пластинкой, соответствующие суставные поверхности не изменены.

Для врачебно-трудовой экспертизы большое значение имеет кистовидная перестройка сочленяющихся костей с тенденцией к прогрессированию. Кровяные кисты возникают в результате множественных микротравм чаще всего в костях лучезапястного сустава, запястья, пястно-запястного (седловидного) сустава I пальца. Реже кистовидной перестройке подвергаются большой бугорок плечевой кости и суставная впадина плечевого сустава.

Различают 2 стадии патологического процесса. Для I стадии характерно образование нескольких кист, располагающихся вблизи суставных поверхностей. Целость суставных хрящей сохранена, «рентгеновская суставная щель» не нарушена. Во II стадии вследствие асептического некроза и разрушения стенок кист происходит прорыв их содержимого в полость сустава, возникает асептический артрит, а в последующем артритеартроз. Клинически II стадия проявляется интенсивными болями и припухлостью сустава, отмечаются увеличенная СОЭ, иногда лейкоцитоз. После острого периода остаются функциональные нарушения конечности, а в случае прогрессирующего течения заболевания наступают обширное разрушение лучезапястного сустава и запястья, образование анкилоза соответствующих суставов.

Локализация патологического процесса в области лучезапястного сустава и запястья часто наблюдается у лиц физического труда со значительной нагрузкой на этот отдел конечности. Примерами могут служить профессии токаря, ремонтника, слесаря-сборщика, прачки, шлифовальщика. Трудоспособность больных в указанных профессиях уже в I стадии заболевания нарушается. Если перевод в показанные профессии связан со снижением квалификации, больных следует признавать инвалидами III группы. Во II стадии заболевания, особенно при двустороннем поражении, больные утрачи-

вают трудоспособность и признаются инвалидами II группы. Причиной инвалидности часто считается «профессиональное заболевание». У некоторых больных с кистовидной перестройкой лучезапястного сустава во II стадии наступают компрессия пораженных костей, некроз с участками склероза, содержащими кисты, дегенерация суставных хрящей с краевыми разрастаниями вокруг суставных поверхностей костей предплечья. Функция лучезапястного сустава значительно нарушается, наблюдается выраженный болевой синдром. Таких больных следует признавать ограниченно трудоспособными.

Прогрессирующее течение заболевания наблюдается при поражении большого бугорка или наружного участка головки плечевой кости. При данной локализации процесса в I стадии кистовидной перестройки сочленяющихся костей одного сустава больные должны быть освобождены от работы, требующей подъема тяжестей и удержания их на высоте. В случае двустороннего поражения при необходимости перевода больных в показанные профессии, сопровождающегося снижением квалификации, их следует признавать инвалидами III группы. При переходе заболевания во II стадию больные утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях.

Больные с кистовидной перестройкой мелких суставов кисти, преимущественно межфаланговых, с постоянными болями в пораженных суставах, особенно при развитии артрита-артроза, выполняющие работу со значительным напряжением кисти (тестодел, повар, шофер и т. д.), признаются ограниченно трудоспособными. Трудоемкость таких больных затруднено и практически всегда связано со снижением квалификации.

**Асептический остеонекроз.** Эта форма поражения развивается главным образом в суставах запястья, в лучезапястном и локтевом суставах. Чаще всего некротизируется полулунная кость, наиболее нагружаемая из костей запястья (болезнь Кинбека), значительно реже — ладьевидная кость. Полулунная кость может некротизироваться в результате однократной травмы или вследствие хронической профессиональной перегрузки. Ладьевидная кость чаще некротизируется в результате тяжелой травмы.

Постепенно развивающийся некроз полулунной кости клинически проявляется нарастающими болями, особенно при движении и нагрузке, припухлостью мягких тканей области запястья. Рентгенологически вначале обнаруживается усиление интенсивности тени этой кости, затем компрессия и фрагментация. У некоторых больных наблюдается сочетание кистовидной перестройки полулунной кости и асептического некроза. С течением времени к асептическому некрозу присоединяется деформирующий артроз. При благоприятном исходе костные фрагменты сливаются, и, несмотря на деформацию полулунной кости, трудоспособность больных восстанавливается в широком круге профессий.

Лечение больных асептическим некрозом костей запястья продолжается в течение 3—4 мес, и в этот период больные признаются временно нетрудоспособными. В дальнейшем больные, работающие в профессиях, связанных с нагрузкой на пораженную конечность, признаются ограниченно трудоспособными в тех случаях, когда перевод в показанные профессии сопровождается снижением квалификации. Причиной наступающей инвалидности часто является «профессиональное заболевание».

При развитии асептического некроза в локтевом суставе первоначально выраженные клинические симптомы отсутствуют. Рентге-

нологически выявляется поражение головчатого возвышения в виде ограниченного участка некроза (I стадия болезни Кинбска).

Для II стадии болезни характерны отторжение искротизировавшегося головчатого возвышения в полость сустава и возникновение клинического синдрома блокады сустава. Рентгенологически устанавливается «суставная мышь». Образовавшийся костный дефект постепенно сглаживается за счет уплощения соответствующего участка плечевой кости. Раннее хирургическое лечение — удаление «суставной мыши» — способствует полному выздоровлению. Если операция не производится, то повторяющиеся блокады сустава могут явиться основанием для признания больных, работающих в профессиях со значительным напряжением конечности, ограниченно трудоспособными. Следует отметить, что «суставная мышь» может увеличиваться в размерах и являться причиной развития деформирующего артроза. У некоторых больных происходит фиксация «суставной мыши» в локтевой или венечной ямке, в мшквидном выпячивании суставной сумки без каких-либо осложнений. При таком исходе трудоспособность больных обычно восстанавливается полностью.

### **ВТЭ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ СУСТАВОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ<sup>1</sup>**

Дегенеративно-дистрофические поражения суставов нижних конечностей отличаются некоторыми особенностями по сравнению с соответствующими поражениями суставов верхних конечностей.

Среди дегенеративно-дистрофических поражений суставов нижних конечностей различают: деформирующий артроз, кистовидную перестройку сочленяющихся костей и асептический остеонекроз. Дегенеративно-дистрофические процессы встречаются в различных суставах нижних конечностей, однако наибольшее клиническое и экспертное значение имеют поражения крупных суставов. При этом поражения тазобедренного сустава обуславливают наступление инвалидности в 3 раза чаще, чем аналогичные поражения коленного сустава, и в 7 раз чаще, чем голеностопного. Это объясняется преобладанием наиболее тяжелой формы поражения тазобедренного сустава — кистовидной перестройки с быстрым развитием деформирующего артроза.

Дегенеративно-дистрофические изменения в суставах нижних конечностей развиваются из-за несоответствия степени физической нагрузки функциональным возможностям суставов. Этому способствуют: нарушения питания элементов сустава и в первую очередь хряща; хроническая перегрузка конечности, в том числе профессиональная; воспалительные поражения суставов различной этиологии; множественные микротравмы или тяжелая однократная травма.

На развитие патологического процесса оказывают влияние общее состояние организма, питание, возраст и пол, эндокринные и обменные нарушения, условия и характер труда.

Для всех форм дегенеративно-дистрофического поражения характерно длительное течение, медленное нарастание морфологических и функциональных изменений. Диагностика их основывается на клинических и рентгенологических данных.

**Деформирующий артроз.** В течении деформирующего артроза нижних конечностей различают 3 стадии.

<sup>1</sup> См. литературу № 28.

В I стадии деформирующего артроза больные предъявляют жалобы на ноющие боли в пораженном суставе, нарастающие при переходе от длительного покоя к движению, а также после нагрузки или пребывания в условиях пониженной температуры и пониженного атмосферного давления. Между болевыми ощущениями и морфологическими изменениями суставов не всегда наблюдается параллелизм.

В I стадии деформирующего артроза нарушений функции сустава, как правило, не возникает. Однако при поражении тазобедренного сустава отмечается умеренное ограничение функции отведения и ротации бедра кнаружи. На рентгенограмме обнаруживается незначительное обычно равномерное снижение высоты «рентгеновской суставной щели». Наряду с этим появляются небольшие краевые костные разрастания, увеличивающие суставные впадины и вызывающие заострение места их перехода во внесуставную часть кости. Костные разрастания в тазобедренном суставе локализуются у наружного края суставной поверхности тела подвздошной кости и сопровождаются окостенением всей хрящевой губы и поперечной связки. В коленном суставе костные разрастания локализуются преимущественно по краю внутреннего мыщелка большеберцовой кости, в голеностопном суставе — по заднему и переднему краю суставной поверхности большеберцовой кости.

Во II стадии деформирующего артроза наступает отчетливое ограничение движений в суставе, сопровождающееся нередко грубым хрустом и умеренной атрофией соответствующего сегмента конечности, не превышающей 4—5 см. При поражении тазобедренного сустава наблюдаются выраженное ограничение функции отведения и ротации бедра, а также умеренное ограничение функции приведения и сгибания. Рентгенологически определяются резкое снижение высоты суставной щели и костные разрастания, которые окружают впадину и суставную головку. Вертлужная впадина углублена или заполнена новообразованной костной тканью, головка бедренной кости деформирована и бывает смещена кнаружи. Поражение коленного и голеностопного суставов сопровождается умеренной деформацией и ограничением функции сгибания. На рентгенограммах голеностопного сустава обнаруживается умеренное уплощение блока таранной кости.

Деформирующий артроз III стадии клинически характеризуется значительной деформацией сустава, выраженной атрофией всех сегментов конечности. При поражении тазобедренного сустава атрофия бедра может достигать 10—11 см, голени — 4—5 см; развивается вынужденное положение конечности. Все движения в суставе резко ограничены, иногда сохраняются лишь качательные движения. У больных с поражением обоих тазобедренных суставов наблюдается характерный симптом «связанных ног», нарушаются отправления тазовых органов. Рентгенограммы в III стадии процесса указывают на полное разрушение суставных хрящей, менисков, внутрисуставных связок пораженного сустава. Суставные поверхности принимают новые формы, не соответствующие друг другу; смежные отделы сочленяющихся костей склерозируются. Развиваются обширные костные разрастания. При поражении тазобедренного сустава они распространяются на шейку бедренной кости. Наряду с этим происходит костная метаплазия участков суставной капсулы и параартикулярных мягких тканей, возникают отломы участков костных разрастаний. В области коленного сустава внутренний мыщелок бедренной кости внедряется в соответствующий мыщелок большеберцовой кости.

При оценке трудоспособности следует исходить из того, что деформирующий артроз I и II стадии одного из крупных суставов нижних конечностей, как правило, не нарушает трудоспособности. С целью профилактики инвалидности такие больные могут нуждаться в ограничениях, устанавливаемых ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Во II стадии деформирующего артроза при поражении двух одноименных крупных суставов труд в профессиях, связанных с длительной ходьбой, стоянием, переноской тяжестей, а также в неблагоприятных метеорологических условиях противопоказан. Больные в подобных случаях нуждаются в рациональном трудоустройстве. Если перевод в показанные профессии сопровождается снижением квалификации, больным устанавливается III группа инвалидности. Аналогичное решение о трудоспособности выносится больным при развитии у них деформирующего артроза III стадии в одном крупном суставе нижней конечности; при поражении двух одноименных суставов больные утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях.

Дегенеративно-дистрофическое поражение с кистовидной перестройкой сочленяющихся костей в I стадии характеризуется умеренными болями, нарастающими после нагрузки и проходящими после нескольких дней постельного режима. Рентгенологически определяются нормальная форма сочленяющихся костей с наличием в них кист и сохранность суставных хрящей. Кистовидные образования чаще всего развиваются в головке бедренной кости или теле подвздошной кости.

Во II стадии болезни больных беспокоят упорные, периодически обостряющиеся боли и прогрессирующее ограничение движения в пораженном суставе. Нарастают атрофия мышц и деформация сустава. Рентгенологически определяются некрозы и патологические переломы стенок кистовидных образований с прорывом их содержимого в сустав. Присоединяется асептический артрит, в дальнейшем отмечаются разрушение суставных хрящей и рентгенологическая картина деформирующего артроза. Состояние больных резко ухудшается при поражении обоих тазобедренных суставов.

При экспертизе трудоспособности больных с кистовидной перестройкой сочленяющихся костей одного тазобедренного, коленного или голеностопного сустава в I стадии они признаются ограниченно трудоспособными в профессиях, требующих постоянной нагрузки на нижние конечности, на период рационального трудоустройства.

При поражении одного тазобедренного сустава во II стадии болезни выносится такое же экспертное решение. Необходимо отметить, что в других суставах нижней конечности II стадия болезни развивается редко. При поражении двух одноименных суставов во II стадии болезни наступает полная утрата трудоспособности. В отдельных случаях, при далеко зашедшем разрушении, больные могут нуждаться в постоянном постороннем уходе, и им устанавливается I группа инвалидности.

Асептический остеонекроз встречается редко и развивается обычно после травмы головки бедра. У детей это заболевание носит название остеохондропатии (болезнь Пертеса).

При поражении тазобедренного сустава вначале возникает некроз наиболее нагружаемого участка, который отделяется зоной остеолиза и фрагментируется. В последующем наступает дегенерация суставных хрящей и обширное разрушение сустава. Клинически

отмечаются нарастающая болезненность при движениях конечности, ограничение отведения бедра, а затем и других видов движения в суставе. Асептический некроз, развившийся в одном тазобедренном суставе, ограничивает трудоспособность больных в профессиях, требующих постоянной нагрузки нижних конечностей, а при обширном разрушении головки бедра и суставных хрящей приводит к утрате трудоспособности в обычных производственных условиях. Частичная медицинская реабилитация в подобных случаях может быть достигнута проведением восстановительного хирургического лечения. При поражении обоих тазобедренных суставов трудоспособность у всех больных утрачивается.

Асептический некроз коленного и голеностопного суставов (болезнь Кенига) протекает первоначально в виде незначительного некроза субхондрально расположенного участка внутреннего мыщелка бедренной кости или блока таранной кости с последующим отторжением его в полость сустава и превращением в так называемую «суставную мышцу». После образования «суставной мышцы» развивается симптомокомплекс блокады сустава. Такие больные нуждаются в хирургическом лечении и временно утрачивают трудоспособность. При невозможности оперативного лечения больные, работающие в профессиях, требующих постоянной нагрузки нижних конечностей, нуждаются в переводе на другую работу. При снижении квалификации они признаются ограниченно трудоспособными.

Трудоустройство инвалидов III группы должно осуществляться на предприятиях вблизи места жительства. Работа должна выполняться в теплом помещении, в положении сидя; исключается работа на конвейере.

## ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ<sup>1</sup>

Длительное хроническое течение остеомиелита, отсутствие радикальных методов лечения являются причинами нередкого направления больных на ВТЭК.

Остеомиелит представляет собой гнойно-некротический процесс в костной ткани с секвестрацией омертвевших участков кости и образованием свищей. Различают гематогенный (эндогенный), травматический (экзогенный), огнестрельный и неогнестрельный остеомиелит.

Гематогенный остеомиелит наблюдается преимущественно в детском и юношеском возрасте у лиц мужского пола, изредка у взрослых. Гематогенный остеомиелит вызывается в 85–90% случаев золотистым стафилококком, попадающим в кость через кровь из гнойных очагов, и рассматривается в настоящее время как инфекционно-аллергический процесс. Избирательность поражения кости объясняется нарушением местного кровообращения, обусловленного спазмом сосудов. Характерно тотальное поражение кости. В результате поражения ростковой зоны длинных трубчатых костей в детском и юношеском возрасте нарушается рост костей, развитие конечности.

Гематогенному остеомиелиту у взрослых может предшествовать охлаждение или производственная травма. При решении вопроса о причинной связи заболевания необходимо учитывать промежуток времени между травмой или охлаждением и возникновением остро

<sup>1</sup> См. литературу № 29.

остеомиелита. Факт травмы должен быть подтвержден актом о несчастном случае, а локализация процесса должна соответствовать области травмы кости. Для травматического остеомиелита характерны локальное, относительно быстрое развитие процесса, значительная степень активности, меньшая склонность к генерализации, поражение мягких тканей, частое возникновение ложных суставов, деформаций, контрактур, анкилозов.

Наиболее часто хронический остеомиелит развивается после огнестрельных ранений, сопровождающихся обширным повреждением кости, мягких тканей и инфицированием. Почти половина всех случаев хронического остеомиелита приходится на кости голени, что объясняется частотой травм; некоторыми особенностями кровообращения, в частности менее развитым артериальным кровоснабжением, замедленным оттоком венозной крови и лимфы; большой функциональной нагрузкой.

С целью определения степени активности остеомиелитического процесса, клинического и социально-трудового прогноза ЦИЭТИНом предложена следующая классификация:

1) текущий остеомиелит с незакрывающимся свищом, полостями распада, секвестрами, интоксикацией;

2) рецидивирующий остеомиелит с частыми (светлые промежутки менее 6 мес) и продолжительными (более 2 мес) обострениями, периодом обострения или затихания, наличием или отсутствием свища;

3) рецидивирующий остеомиелит с обострениями средней частоты (светлые промежутки от 6 мес до 1 года) и продолжительности (от 1 до 2 мес), периодом обострения или затихания, наличием или отсутствием свища;

4) рецидивирующий остеомиелит с редкими (светлые промежутки от 1 до 3 лет) и непродолжительными (менее 1 мес) обострениями, периодом обострения или затихания;

5) остеомиелит в периоде клинического излечения (затихший остеомиелит) с отсутствием клинических, рентгенологических и лабораторных признаков активности процесса более 3 лет.

На трудоспособность больных, клинический и трудовой прогноз существенное влияние оказывают осложнения и последствия остеомиелита: хронический сепсис, укорочение и деформация конечности, ложный сустав, патологический перелом, контрактура, анкилоз, деформирующий артроз, хроническая венозная недостаточность, лимфостаз, трофические нарушения в результате повреждения нервов, магистральных сосудов, поражение внутренних органов (почек, печени). Помимо осложнений, на экспертное решение при остеомиелите влияет степень нарушения функции пораженного сегмента конечности, позвоночника.

При формулировании во ВТЭК клинического диагноза указываются: вид хронического остеомиелита (травматический, гематогенный), локализация остеомиелитического очага, клиническая форма (согласно вышеприведенной классификации), период патологического процесса (обострение или затихание, наличие или отсутствие полостей, секвестров, свищей), осложнения и последствия остеомиелита, степень ограничения функции пораженного органа и сопутствующие заболевания.

Больные текущим и рецидивирующим остеомиелитом с частыми и длительными обострениями признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях либо (реже) ограниченно трудоспо-



собными, когда отмечается положительный результат оперативного лечения и работа больного происходит в кабинетных условиях или связана с незначительной физической нагрузкой на пораженную конечность. При рецидивирующем остеомиелите с обострениями средней частоты и продолжительности больные могут быть признаны нетрудоспособными в обычных производственных условиях, если требуется длительное лечение и прогноз не ясен, либо ограниченно трудоспособными при необходимости изменения характера и условий труда, что сопровождается снижением квалификации.

При рецидивирующем остеомиелите с редкими и непродолжительными обострениями больные являются временно нетрудоспособными в период обострения, а в дальнейшем признаются трудоспособными в своей профессии, если работа связана с умеренной или незначительной нагрузкой и выполняется в благоприятных метеорологических условиях. В случаях, когда работа связана со значительной нагрузкой на пораженную конечность, постоянным воздействием неблагоприятных метеорологических факторов, больные нуждаются в переводе на другую работу и могут признаваться ограниченно трудоспособными на период рационального трудоустройства.

При достижении клинического излечения остеомиелита больные признаются трудоспособными. Таким лицам доступен труд, связанный с легким и средним физическим напряжением, наклонным положением тела под углом до  $30^\circ$  в течение 10–25 % рабочего времени, ходьбой до 4 км за смену. Противопоказан труд в неблагоприятных метеорологических условиях, на открытом воздухе.

### ВТЭ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ (СПОНДИЛАРТРИТЕ)<sup>1</sup>

Анкилозирующим спондилитом (болезнь Бехтерева) называют хроническое воспалительное заболевание межпозвоноковых и реберно-позвоноковых сочленений, ведущее к их анкилозированию, обызвествлению связок и дисков позвоночника. В поздней стадии болезни присоединяется поражение крупных суставов, преимущественно тазобедренных и плечевых. Заболевают чаще лица мужского пола в возрасте от 20 до 40 лет.

Основной причиной заболевания является инфекция; большое значение придается также внешним воздействиям: систематическому охлаждению и травме позвоночника.

Различают 2 клинические формы анкилозирующего спондилита: первично-хроническую и рецидивирующую.

Первично-хроническая форма протекает без обострений, прерываемая у некоторых больных подострое течение. Полного анкилозирования суставов позвоночника не наступает на протяжении многих лет. Клинически эта форма проявляется умеренными болями в пораженном отделе позвоночника или в области крестцово-подвздошного сочленения, а также корешковым синдромом.

Нарушения функции позвоночника зависят от стадии патологического процесса.

Рецидивирующая форма характеризуется повторными обострениями и быстрым темпом прогрессирования патологического процесса, рано приводящим к анкилозированию позвоночника. Для этой формы характерны вторичный рецидивирующий пояснично-крестцовый и груд-

<sup>1</sup> См. литературу № 30.

ной радикулит с выраженным стойким болевым синдромом, увеличенная СОЭ, субфебрильная температура тела. Часто присоединяется поражение суставов конечностей.

В зависимости от распространенности патологического процесса, степени нарушения функций позвоночника и суставов различают 3 стадии анкилозирующего спондилита.

В I стадии заболевания больные отмечают боли в позвоночнике, преимущественно в поясничном отделе и области крестцово-подвздошных сочленений. Наблюдаются ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки до 1—2 см из-за начинающегося анкилоза грудинно-реберных и реберно-позвоноковых сочленений, иногда увеличенная СОЭ, субфебрильная температура тела, умеренное нарушение функций позвоночника. Рентгенологически определяются деструкция крестцово-подвздошных сочленений и начальные признаки анкилозирования.

Во II стадии отмечаются неподвижность поясничного отдела позвоночника, ограничение движений в шейном отделе, стойкие боли в груди, тазобедренных и плечевых суставах, вынужденное положение тела с наклоном туловища вперед («круглая спина»). Дыхательные экскурсии грудной клетки уменьшены до 1 см, тип дыхания — брюшной. Определяются увеличенная СОЭ, субфебрильная температура тела. Рентгенологическое исследование указывает на полную облитерацию крестцово-подвздошных сочленений, обызвествление связочного аппарата, частичный анкилоз суставов позвоночника, костно-verteбральных и грудинно-реберных сочленений.

III стадия характеризуется резким нарушением функции позвоночника, вплоть до полной неподвижности, а также крупных суставов; вынужденным фиксированным положением тела; резкой атрофией мышц плечевого и тазового пояса; впалой грудной клеткой. На рентгенограммах определяются анкилозирование всех суставов позвоночника, тазобедренных, плечевых, а также крестцово-подвздошных сочленений, обызвествление связочного аппарата позвоночника, приобретающего вид «бамбуковой палки». Формируются изменения внутренних органов, в частности легких, почек. Вторичный корешковый синдром может отсутствовать.

Трудоспособность больных анкилозирующим спондилитом зависит от формы и стадии заболевания; степени активности процесса; частоты обострений при рецидивирующей форме; выраженности болевого синдрома, обусловленного радикулитом; нарушений функции позвоночника и крупных суставов, а также различных внутренних органов.

При первично-хронической форме в I стадии заболевания больные обычно трудоспособны. Во II стадии лица тяжелого физического труда признаются ограниченно трудоспособными на период рационального трудоустройства, если последнее не может быть осуществлено по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Лицам среднего физического труда необходимые ограничения в профессиональной деятельности могут быть установлены решением ВКК лечебно-профилактических учреждений; лица, работающие в профессиях легкого физического и умственного труда, признаются трудоспособными.

В III стадии, особенно при быстром прогрессировании заболевания, анкилозировании крупных суставов конечностей, больным устанавливается II группа инвалидности. Лицам умственного труда в ряде случаев может определяться III группа инвалидности.

При рецидивирующей форме в I стадии заболевания в случае частых обострений больным устанавливается III группа инвалидности с целью уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии. Лица тяжелого физического труда признаются ограниченно трудоспособными на период рационального трудоустройства или приобретения показанной профессии.

Во II стадии заболевания при частых обострениях, выраженной активности воспалительного процесса больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. В ряде случаев им доступен труд в специально созданных условиях.

В III стадии анкилозирующего спондилита больные признаются инвалидами II группы. При анкилозе обоих тазобедренных суставов больные нуждаются в постоянном постороннем уходе, и им устанавливается I группа инвалидности.

### ВТЭ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА<sup>1</sup>

Среди туберкулезных поражений костно-суставного аппарата наибольшее значение имеют заболевания позвоночника, тазобедренного и коленного суставов. Они составляют 80 % всех поражений костно-суставного аппарата. Изолированное поражение плоских костей встречается редко, и не вызывает значительных и стойких функциональных расстройств.

Туберкулез костей и суставов характеризуется медленным развитием, длительным течением с постепенным затиханием процесса и (нередко) повторными обострениями. Современные методы лечения, включая раннее хирургическое вмешательство, способствуют восстановлению функций пораженного отдела костно-суставного аппарата и практическому излечению больных в более короткие сроки.

Учитывая однотипность эволюции процесса при любой локализации туберкулезного поражения костно-суставного аппарата, во врачебно-трудовой экспертизе принято различать: I — начальную стадию; II — стадию активного поражения; III — стадию потери активности; IV — стадию затихшего поражения. При отсутствии обострений стадию затихшего поражения следует считать практическим излечением.

В начальной стадии туберкулезного поражения костно-суставного аппарата (преспондилитической, преартритической) больные отмечают постепенно нарастающие боли в позвоночнике или суставе, усиливающиеся при нагрузке, иногда субфебрильную температуру тела. При рентгенологическом исследовании в пораженном отделе выявляется участок остеонекроза с мелкими секвестрами. В этой стадии больные могут подвергаться хирургическому вмешательству с удалением очага некроза и в некоторых случаях — замещением образовавшегося дефекта костным трансплантатом.

Больные, перенесшие некрэктомию тела позвонка, признаются временно нетрудоспособными в течение 6—10 мес. В дальнейшем они, как правило, возвращаются к работе в своей профессии. Лица тяжелого физического труда нуждаются в переводе на работу с легким и средним физическим напряжением. Если перевод в показанные профессии сопровождается снижением квалификации, больным устанавливается III группа инвалидности на период переквалификации.

<sup>1</sup> См. литературу № 31, 32.

Больным, перенесшим некрэктомию с замещением дефекта тела позвонка костным трансплантатом или некрэктомию и корпородез с целью фиксации пораженного сегмента в ранние сроки от начала заболевания, временная нетрудоспособность продлевается свыше 10 мес. В ряде случаев больные признаются инвалидами II группы. Восстановление трудоспособности больных после операции зависит от особенностей течения репаративных процессов, характера и условий труда. После завершения процессов репарации больным прогнупоказана работа в профессиях тяжелого физического труда.

Лица, перенесшие некрэктомию по поводу поражения тазобедренного, коленного и других суставов, являются временно нетрудоспособными. В дальнейшем им противопоказана работа, связанная с физическим напряжением, нагрузкой на пораженную конечность.

При неэффективности консервативного лечения в начальной стадии заболевание переходит в стадию активного поражения с типичной клинической картиной туберкулезного артрита, спондилита. Она характеризуется постоянными сильными болями и припуханием пораженного сустава за счет выпота, резким нарушением функции конечности, высокой температурой тела, нейротрофическими расстройствами, в частности атрофией мышц конечности, образованием абсцессов мягких тканей и изредка свищей. При поражении позвоночника формируется угловой кифоз различной степени. В случае распространения процесса на содержимое позвоночного канала появляются неврологические расстройства.

В процессе рентгенологического исследования пораженных суставов конечностей и позвоночника выявляются разрушение суставных концов костей и тел позвонков, образование костных секвестров, остеопороз скелета конечности, смежных отделов позвоночника, атрофия мягких тканей и инфильтрация параартикулярных и паравертебральных тканей. Определяются лейкоцитоз, иногда лимфоцитоз, увеличенная СОЭ.

При развитии стадии активного поражения (артритической, спондилитической) и невозможности хирургического вмешательства лицам, страдающим туберкулезным спондилитом, кокситом, гонитом, после 10 мес лечения устанавливается I группа инвалидности. При поражении других суставов определяется II группа инвалидности. Оперативное вмешательство в этой стадии сводится к широкой некрэктомии, дополненной пластической операцией — замещением дефекта костным или костно-хрящевым трансплантатом. Лицам, подвергшимся указанным операциям, при первичном освидетельствовании во ВТЭК устанавливается II группа инвалидности. В дальнейшем решение вопроса о состоянии трудоспособности больных определяется течением репаративного (восстановительного) процесса. При незаключенности репарации нагрузка на пораженные отделы позвоночника или конечность не показана, и больные признаются нетрудоспособными в своей профессии. При закончившемся восстановительном процессе трудоспособность зависит от степени нарушения функций позвоночника или пораженной конечности и требований, предъявляемых больному в процессе производственной деятельности.

Стадия потери активности может продолжаться до 1,5–2 и более лет, в особенности, если больные не подвергаются хирургическому лечению. Длительное течение поддерживают каверны, содержащие мелкие секвестры. В этой стадии острые явления затихают, зона инфильтрации исчезает или остается незначительной, температура тела и показатели крови нормализуются. Рентгенологи-

ческое исследование указывает на приостановку процессов деструкции. Новые секвестры не возникают, поверхность разрушенных отделов скелета покрывается замыкающей пластинкой. Остеопороз и атрофия мягких тканей сохраняются.

Большим с поражением позвоночника, тазобедренного и коленного суставов, не подвергшимся хирургическому лечению, в стадии потери активности устанавливается II группа инвалидности. При других локализациях, особенно в случае законченности репарации, больные могут включаться в труд с уменьшением объема производственной деятельности в профессиях, не требующих физического напряжения и нагрузки на пораженные отделы скелета. Им может быть определена III группа инвалидности на период рационального трудоустройства. Вопросы трудоспособности больных, подвергшихся хирургическому лечению в этой стадии, решаются аналогично таковым у больных, оперированных в стадии активного поражения.

Стадия затихшего поражения характеризуется полным отсутствием воспаления и формированием анатомо-функциональных исходов. При поражении суставов анатомическим исходом болезни могут быть контрактура, фиброзный, фиброзно-костный или костный анкилоз; вывих или подвывих, чаще в тазобедренном суставе; атрофия и недоразвитие конечности, если туберкулез возник в детстве. В случае развития анкилоза тазобедренного сустава или контрактуры этого сустава, если объем движения равен 5–8°, устанавливается III группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования. Анкилоз коленного сустава при укорочении конечности на 7 см и более, возникший после резекции сустава, или контрактура сустава с ограничением разгибания менее 180°, также являются основанием для установления III группы инвалидности бессрочно. При развитии указанных состояний в других суставах больные могут быть признаны инвалидами III группы на период рационального трудоустройства, если таковое не может быть осуществлено решением ВКК лечебно-профилактических учреждений.

При экспертизе трудоспособности лиц с затихшим туберкулезом позвоночника учитывается степень деформации позвоночника. В случае развития деформаций III и IV степени у лиц, перенесших туберкулез в детстве, возникают выраженные нарушения функции системы внешнего дыхания и кровообращения, являющиеся показанием к установлению III, а иногда II группы инвалидности.

При экспертизе трудоспособности лиц в стадии затихшего туберкулеза необходимо учитывать перенесенные туберкулезные абсцессы, возникающие при туберкулезном спондилите, коксите чаще всего в области пояснично-подвздошной мышцы, над и под диафрагмой, в полости таза, проксимальном отделе бедра. Такие абсцессы, даже частично обызвествившиеся, могут обусловить вспышку и диссеминацию процесса, отягощают прогноз и снижают трудоспособность.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ «ИНВАЛИДНОСТЬ С ДЕТСТВА» ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ<sup>1</sup>

В соответствии с постановлением Совета Министров СССР № 1025 от 10 ноября 1967 г. «О ежемесячных пособиях инвалидам

<sup>1</sup> См. литературу № 33.

с детства» и постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 23 мая 1979 г. № 469 «Об улучшении материального обеспечения инвалидов с детства». на ВТЭК стали направляться лица, заболевшие в детстве и не имеющие трудового стажа, для определения группы инвалидности с целью назначения им денежного пособия.

Согласно методическим указаниям Управления ВТЭ Министерства социального обеспечения РСФСР от 20 декабря 1956 г. «Об определении причин инвалидности» и письма министра социального обеспечения РСФСР от 14 декабря 1956 г. «Об определении времени наступления группы инвалидности за прошлое время», основанием для установления причины инвалидности «инвалидность с детства» у перенесших костно-суставной туберкулез могут быть различные документы лечебных учреждений, подтверждающие заболевание и срок его перенесения.

Однако встречаются случаи, когда у больных отсутствуют подобные документы и инвалидность им ранее не устанавливалась. В этих случаях специалисты ВТЭК у взрослых с последствиями костного туберкулеза обязаны определять время наступления инвалидности. Показанием к определению инвалидности являются анатомо-функциональные последствия туберкулеза позвоночника, тазобедренного и коленного суставов.

Рентгеноанатомо-функциональными признаками перенесенного спондилита в детстве, позволяющими с достоверностью установить наступление инвалидности I и II групп до 16-летнего возраста, являются: распространенность туберкулезного процесса с поражением 5 и более позвонков с преимущественной локализацией в грудном или грудопоясничном отделах позвоночника; наличие кифотического искривления позвоночника с углом кифоза менее 90°, парагипбарным лордозом, реберным горбом, снижением ЖЕЛ до 25–40% от должных величин; резкое укорочение и деформация всего скелета с максимальным ростом больного не выше 150 см.

Признаками туберкулезного коксита, перенесенного в детстве, служат: полное разрушение головки бедра со сглаженностью и атрофией вертлужной впадины, с признаками подвывиха или вывиха бедра; резкая атрофия мягких тканей и кости бедра, костей голени на стороне поражения, с укорочением конечности более чем на 7 см; значительная деформация костей таза и поясничного отдела позвоночника.

Признаками туберкулезного гонита, перенесенного в детском возрасте, являются: выраженные разрушения суставных поверхностей бедра и костей голени с развитием сгибательно-вальгусной контрактуры и подвывихом голени кзади; резкая атрофия мягких тканей, а также костей бедра и голени; укорочение большой конечности более чем на 10 см со значительной деформацией костей таза и поясничного отдела позвоночника.

Следовательно, совокупность указанных признаков костного туберкулеза (позвоночника, тазобедренного и коленного суставов), установившихся у взрослых при отсутствии соответствующих документов, свидетельствует о начале и активном проявлении процесса в детстве и является главным основанием для установления причины инвалидности «инвалидность с детства». При отсутствии трудового стажа больным назначается денежное пособие как «инвалидам с детства».

## ВТЭ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РАЗВИТИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА<sup>1</sup>

Все нарушения развития костно-суставного аппарата разделяются на 2 группы: врожденные аномалии и пороки развития и приобретенные (вторичные) пороки развития.

Под аномалией развития костно-суставного аппарата понимаются такие изменения, которые непосредственно не нарушают трудоспособность больных, так как не сопровождаются нарушением функций. Однако они могут явиться основой для развития дегенеративно-дистрофических поражений, существенно влияющих на трудоспособность больных. Пороки развития костно-суставного аппарата всегда сопровождаются нарушением его функции.

### ВРОЖДЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА

Врожденные нарушения разделяются на системные, когда нарушается развитие всех отделов костно-суставного аппарата одного происхождения, и локальные, когда поражается один или несколько его отделов.

Системные нарушения развития включают 3 группы: 1) незавершенный хондрогенез; 2) незавершенный остеогенез; 3) незавершенное дифференцирование комплекса мышечно-связочного и костно-суставного аппарата.

Из группы незавершенного хондрогенеза наибольшее значение имеют хондродистрофия, спондило-эпифизарная дисплазия, арахнодактилия.

*Хондродистрофия* характеризуется нарушением развития зон эпиметафизов, торможением энхондрального и компенсаторным усилением периостального окостенения, диспропорцией в росте отдельных костей (предплечья, голени, кисти) и нормальным формированием мышечно-связочного аппарата. Характерен карликовый рост больных, обусловленный укорочением преимущественно проксимальных отделов нижних конечностей. В результате неполноценности суставов при нормально развитом мышечно-связочном аппарате значительные нагрузки приводят к возникновению разболтанности, подвывихам и вывихам суставов.

Лицам молодого возраста, страдающим хондродистрофией, рекомендуются профессии умственного или легкого физического труда, в которых они могут работать в течение всей жизни, не являясь инвалидами. При постепенно развивающейся неполноценности крупных суставов лица, не имеющие квалифицированной профессии, могут быть признаны инвалидами III группы.

*Спондило-эпифизарная дисплазия* характеризуется торможением зон роста преимущественно эпифизов трубчатых костей и тел позвонков. Рост трубчатых костей в длину замедляется меньше, чем при хондродистрофии. Эпифизы недоразвиты, уплощены. Суставы отстают в анатомическом развитии, функция их нарушена, что приводит к возникновению дегенеративно-дистрофических процессов и ранней инвалидности. Дегенеративно-дистрофические изменения при срыве компенсации развиваются также у больных спондилодисплазией.

<sup>1</sup> См. литературу № 34.

*Арахнодактилия.* Для этого порока характерны удлинение трубчатых костей, особенно коротких, и нормальное формирование мышечно-связочного аппарата. Такое нарушение развития скелета обусловлено повышенной функцией ростковой хрящевой ткани метаэпифизарной зоны. Повышенная нагрузка на мышечно-связочный аппарат приводит к его атрофии и формированию сгибательной контрактуры суставов. Дегенеративно-дистрофические изменения суставов не характерны. Больные отличаются высоким ростом за счет удлинения дистальных отделов нижних конечностей. Суставы кистей и стоп находятся в состоянии сгибания. Клинический и трудовой прогноз неблагоприятен; больные, как правило, признаются «инвалидами с детства» и даже при приобретении квалифицированной профессии обычно не могут выполнять работу в полном объеме.

*Пороки развития, обозначаемые дисхондроплазией и костнохрящевыми экзостозами,* также возникают в результате дисфункции эпиметафизарных зон роста и зон роста апофизов.

Для дисхондроплазии характерно скопление хрящевой ткани в диафизах трубчатых костей, которая выходит за пределы кости и обуславливает ее деформацию и укорочение. Снижение трудоспособности нередко наступает у лиц, имеющих нарушения развития скелета кисти и работающих в профессиях физического труда, поскольку хрящевые узлы выпячиваются в мягкие ткани, затрудняют движения пальцев.

Множественные костно-хрящевые экзостозы характеризуются боковыми костно-хрящевыми выростами на трубчатых костях и телах позвонков, вызывающими их деформацию. Стойкое нарушение трудоспособности может наступить в том случае, если хрящевые экзостозы вызывают компрессию спинного мозга, а проведенное оперативное вмешательство оказалось неэффективным.

Из группы незавершенного остеогенеза, при котором хрящевая фаза образования кости идет нормально, а костеобразовательная нарушается, самое большое значение имеет патологическая ломкость костей. Другие разновидности этого порока характеризуются недостаточной дифференцировкой костной ткани и избыточным ее накоплением. Практическое значение для врачебно-трудовой экспертизы среди них имеет только мраморная болезнь, тогда как другие — врожденный гиперостоз, остеопойкилоз — не нарушают трудоспособности больных.

*Патологическая ломкость костей.* Сущность порока заключается в резком торможении костеобразовательного процесса во всем скелете, приводящем к системному остеопорозу, недостаточной толщине костей. При физической нагрузке такие кости деформируются, ломаются. Переломы могут возникать во внутриутробной жизни, при рождении, в постнатальном периоде, детстве и юношеском возрасте. После окончания процессов роста и полового созревания патологические переломы наблюдаются реже.

В связи с перенесенными множественными переломами развивается резкая деформация конечностей, позвоночника. Патологическая ломкость костей всегда нарушает трудоспособность. Большинство больных не могут себя обслуживать, нуждаются в постоянной посторонней помощи и поэтому в течение всей жизни являются инвалидами I группы «с детства». При сравнительно нерезкой выраженности порока развития, когда переломам подвергаются только кости нижних конечностей и больные в результате соответствующих реконструктивных ортопедических вмешательств, использо-



вания фиксирующих аппаратов, получают возможность самостоятельно передвигаться, им определяется II группа инвалидности. Больные могут выполнять ручной труд в особо созданных условиях, как правило, на дому.

*Мраморная болезнь* возникает при нарушении дифференцирования костей за счет уменьшения резорбции. При этой болезни скелет почти целиком состоит из плотной недифференцированной костной ткани (генерализованный остеосклероз). Важнейшими осложнениями болезни являются легко возникающие переломы и недостаточность функции кроветворения (некомпенсированная анемия).

Больные мраморной болезнью сохраняют трудоспособность в широком круге профессий. В тех случаях, когда необходим перевод больных в показанные профессии, что сопровождается снижением квалификации, устанавливается III группа инвалидности. Противопоказанной следует считать работу, связанную с токсическими веществами, тормозящими кроветворение, а также с опасностью травматизма. Определение II группы инвалидности больным мраморной болезнью может быть обусловлено развитием выраженной анемии, особенно в сочетании ее с повторными переломами костей и образованием ложных суставов.

Из группы незавершенного дифференцирования комплекса мышечно-связочного и костно-суставного аппарата наибольшее значение имеет артрогрипоз. В результате недоразвития мышц параартикулярных мягких тканей возникают резко выраженные сгибательные контрактуры всех суставов. Это исключает возможность самообслуживания больных, они нуждаются в постоянной посторонней помощи и признаются инвалидами I группы «с детства». После комплексного ортопедического лечения трудоспособность больных не восстанавливается.

К **локальным нарушениям** относятся различные врожденные пороки развития конечностей: отсутствие всей конечности, одного или двух ее сегментов; культя конечности; ложный сустав; вывих и подвывих бедра (см. раздел «Врачебно-трудовая экспертиза при вывихах бедра») и косолапость.

Врожденный порок в форме отсутствия всей конечности или двух ее сегментов тяжело инвалидизирует больных и обуславливает необходимость постоянного постороннего ухода. Дефект одного сегмента конечности при экспертизе трудоспособности приравнивается к состоянию после ампутации конечности на таком же уровне, произведенной по поводу травмы или заболевания, с учетом особенностей сохранного отдела конечности. При дефекте одного сегмента двух конечностей больным определяется II группа инвалидности.

Врожденные ложные суставы подлежат хирургической коррекции. При отсутствии эффекта от операции при ложном суставе бедра, плеча, обеих костей голени или предплечья устанавливается III группа инвалидности бессрочно.

Среди других нарушений выделяется продольный дефект развития конечности — отсутствие малоберцовой, лучевой или локтевой кости. При этих дефектах наблюдается недоразвитие соответственной парной кости, а также стопы или кисти. Этот порок чаще ограничивает трудоспособность больных и не сопровождается полной утратой трудоспособности.

К дефектам развития позвоночника относятся люмбализация и сакрализация пояснично-крестцовых позвонков. Клиническое значение

имеет односторонняя сакрализация или люмбализация в связи с развитием радикулита и болевого синдрома. Причиной болевого синдрома может быть образование дополнительного синхондроза или аномального сустава между поперечным отростком V поясничного позвонка и крылом подвздошной кости. Развитие дегенеративного дистрофического процесса (остеохондроза) в сверхкомплектном сегменте может нарушать трудоспособность больных.

Односторонняя и двусторонняя врожденная косолапость, несмотря на резкую деформацию стопы, а нередко и вышерасположенных отделов конечности, не ограничивает трудоспособность в широком круге профессий. Однако при перегрузке неполноценных нижних конечностей развиваются дегенеративно-дистрофические процессы в наиболее нагружаемых участках диафиза V, реже IV плюсневых костей, либо в мышечно-связочном аппарате, что сопровождается прогрессирующей атрофией мышц конечностей. В подобных случаях может устанавливаться III группа инвалидности на период рационального трудоустройства больных. Инвалидность III группы может определяться при дегенеративно-дистрофическом процессе в коленных и тазобедренных суставах, обусловленном неправильной установкой конечностей. В молодом возрасте при косолапости показано реконструктивное оперативное вмешательство.

При косорукости необходима правильная профессиональная ориентация больных. Однако при сочетании косорукости с нарушением развития шейного нервного сплетения и периферических нервов функция кисти значительно ухудшается, что обуславливает необходимость признания таких больных ограниченно трудоспособными.

К локальным нарушениям развития костно-суставного аппарата относятся конкресценция и ассимиляция костей. Конкресценция характеризуется слиянием нормально развившихся костей вследствие недоразвития соединяющих их мягких тканей. Обычно конкресценция позвонков не вызывает нарушений трудоспособности, но возникающий остеохондроз межпозвонковых дисков может в подобных случаях стать причиной снижения трудоспособности. Конкресценция суставов конечностей, особенно суставов кисти, вызывает значительные функциональные нарушения и обуславливает признание больных инвалидами.

При ассимиляции наблюдается недоразвитие мягких тканей и соответствующих костей. Ассимиляция атланта имеет наибольшее клиническое значение. При этом пороке возникают неврологические расстройства, связанные с деформацией основания черепа и изменениями базального отдела головного мозга, которые могут приводить к инвалидности.

К аномалиям развития отдельных элементов позвоночника относятся *spina bifida posterior*. Эта аномалия под влиянием нагрузки осложняется остеохондрозом нижерасположенного межпозвонкового диска, что может приводить к возникновению спондилолистеза. Спондилолистез, или смещение позвонка, препятствует выполнению работы, связанной с повышенной становой нагрузкой и длительным пребыванием на ногах. Больные нуждаются в рациональном трудовом устройстве.

Аномалия развития в виде боковых задних полупозвонков не нарушает трудоспособность, если не развивается вторичный остеохондроз с выраженным корешковым синдромом.

К нарушениям развития черепа относятся краниосиностоз (краниостеноз) и черепно-ключичный дизостоз. В основе краниосиностоза лежит преждевременное зарастание черепных швов, вызывающее

как торможение формирования костей, соединенных в швах, так и компенсаторный рост черепа в области сохранившихся швов. В связи с этим наблюдаются различной выраженности деформация черепа и неврологические нарушения. Разновидностью краниосиностоза является черепно-лицевой дизостоз, или болезнь Крузона. Нарушение трудоспособности при них зависит от выраженности расстройств центральной нервной системы, а при болезни Крузона, кроме того, и зрительной функции. Черепно-ключичный дизостоз характеризуется нарушением функции верхних конечностей. Профилактикой инвалидности при этом нарушении развития является правильная организация трудовой деятельности.

Необходимость установления III группы инвалидности может возникнуть только на период рационального трудового устройства носителя порока.

## ВТОРИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА

Системное нарушение развития костно-суставного аппарата может наступить при заболевании рахитом. У лиц в возрасте 16—18 лет последствия рахита могут временно нарушать трудовую деятельность в связи с проведением длительного хирургического лечения. При необходимости хирургической коррекции порочного положения коленных суставов, развивающегося при рахите, период временной нетрудоспособности больных может продолжаться более 4 мес, и в некоторых случаях целесообразно установление II группы инвалидности.

Системное нарушение развития костно-суставного аппарата, приводящее к карликовому росту, возникает при недостаточности или выпадении функции щитовидной железы либо передней доли гипофиза, а также при плюригландулярных расстройствах с выраженной недостаточностью половых желез.

При плюригландулярных расстройствах с преобладанием гипофункции половых желез, сопровождающихся инфантилизмом или карликовым ростом, может возникнуть необходимость в установлении II группы инвалидности в связи с затруднениями в трудовом устройстве больных, особенно при низком уровне образования. Выраженные признаки раннего одряхления также могут приводить к нарушению трудоспособности.

При карликовом росте больные атиреозом и гипотиреозом с умеренным нарушением других функциональных систем могут выполнять неквалифицированный труд в обычных производственных условиях. В тех случаях, когда функции организма и особенно интеллект резко снижены (кретинизм), больные нуждаются в постоянном постороннем уходе и в течение всей жизни признаются инвалидами I группы «с детства». При расстройствах, менее значительных, больные могут выполнять труд в особо созданных условиях или на дому (инвалиды II группы).

При гипофизарной карликовости (нанизме) трудоспособность больных ограничена во всех профессиях.

Гипофизарные карлики признаются инвалидами III группы без указания срока пересвидетельствования, а лицам, достигшим пенсионного возраста, пенсия по старости устанавливается раньше обычных сроков на основании Указа Президиума Верховного Совета СССР от 25 сентября 1961 г. «Об улучшении материального обес-

ичения граждан, больных гипопаратиреозом (лиллипутов)»<sup>1</sup>.

Локальные нарушения развития костно-суставного аппарата могут возникать в результате травматических повреждений зон роста или возникновения в них воспалительного процесса, главным образом остеомиелита и туберкулеза. Они приобретают самостоятельное значение, когда воспалительный процесс полностью затихает. Однако и в этом случае локальные нарушения развития сочетаются с остаточными явлениями непосредственного разрушения костей и суставов, вызванного заболеванием или травмой.

## **ВТЭ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДНОЙ (ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ) ОСТЕОДИСТРОФИИ<sup>2</sup>**

Следует разграничивать остеодистрофию фиброзную генерализованную, остеодистрофию фиброзную деформирующую и остеодисплазию фиброзную.

Фиброзная остеодистрофия — приобретенное заболевание, при котором вследствие нарушения обменных процессов в скелете происходит замещение костной ткани фиброретикулярной, сходной по строению с фиброзной тканью. При фиброзной остеодисплазии подобный процесс перестройки в костях связан с извращением эмбриогенеза. Сходные клинические симптомы длительного времени позволяли рассматривать остеодистрофию и остеодисплазии как формы одного заболевания.

В основе генерализованной фиброзной остеодистрофии лежит нарушение функции паращитовидных желез. При этом наблюдаются расстройства минерального обмена, в частности мобилизация фосфора и кальция из костной ткани, приводящая к перестройке костно-суставного аппарата. Принято различать первичный и вторичный гиперпаратиреоз. Причиной первичного гиперпаратиреоза является чаще всего доброкачественная (аденома), реже злокачественная, опухоль или гиперплазия паращитовидных желез. Вторичный гиперпаратиреоз развивается почти исключительно при поражениях почек, которые сопровождаются чрезмерным выведением электролитов из организма и мобилизацией кальция и фосфора из костной ткани. Перестройка костной ткани в подобных случаях может сопровождаться тяжелыми функциональными нарушениями, приводящими больных к инвалидности. У ряда больных, однако, поражение скелета имеет второстепенное значение, и главной причиной наступления инвалидности является выраженная почечная недостаточность.

Первичный гиперпаратиреоз развивается преимущественно у лиц в возрасте 30—45 лет и длительное время протекает бессимптомно. Первоначально заболевание может проявляться висцеральными синдромами поражения почек, органов пищеварения, системы кровообращения или их сочетанием с генерализованной остеодистрофией. Почечный синдром клинически выражается полиурией, усиленной жаждой, нарастающей анемией. Иногда первичный гиперпаратиреоз проявляется картиной почечнокаменной болезни, вторично сморщенной почки. При поражении органов пищеварения наблюдаются потеря аппетита, запоры, поносы, тошнота, рвота, ахилия, иногда развиваются язвенная

<sup>1</sup> Сборник законов СССР и указов Президиума Верховного Совета СССР 1938—1961 гг. М., 1961, с. 908—909.

<sup>2</sup> См. литературу № 35.

болезнь, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит. Поражение системы кровообращения проявляется гипертонией или расстройствами сердечной деятельности вследствие чрезмерного выведения калия и натрия. В связи с отложением солей кальция в роговице у больных развивается кератит, иногда возникает катаракта.

Первыми симптомами гиперпаратиреоидной остеодистрофии являются боли в костях, достигающие большой интенсивности, общая слабость и снижение мышечного тонуса, нарушения походки, формирование кифоза и деформации грудной клетки. Иногда отмечается лишь утолщение какого-либо поверхностно расположенного участка скелета, например большой берцовой кости или нижней челюсти. Особенно важным симптомом гиперпаратиреоидной остеодистрофии являются переломы костей и возникающая при этом деформация.

Из биологических показателей диагностическое значение имеют повышение уровня кальция до 16–18 мг% (3,98–4,44 ммоль/л) при норме 9,0–11,6 мг% (2,24–2,88 ммоль/л), снижение неорганического фосфора до 1,5–1,0 мг% (0,48–0,32 ммоль/л) при норме 3,0–4,5 мг% (0,96–1,45 ммоль/л), гиперфосфатурия (суточная экскреция фосфора с мочой составляет 106–143 мг (3,39–4,57 ммоль)). При распространенном поражении костей увеличивается содержание в сыворотке крови щелочной фосфатазы и мукопротеинов.

При паратиреоидной остеодистрофии происходит интенсивное разрушение костной ткани с одновременной пролиферацией остеокластов и остеобластов, образованием новой костной ткани с примитивной структурой, содержащей мало извести и функционально не полноценной. С течением времени костная ткань в значительной мере замещается фиброретикулярной тканью. В результате этого у больных развивается анемия. Периост отдавливается к периферии, происходит вздутие кости. Остеобластическая функция периоста оказывается недостаточной, образованная им костная ткань подвергается резорбции. Пальцы кисти становятся булавоподобно утолщенными, укороченными. При далеко зашедшем процессе большинство длинных трубчатых костей, кости плечевого пояса, ребра, тазовые кости могут превращаться в сплошной конгломерат узлов фиброретикулярной ткани с развитием в ней кист и образований типа гигантоклеточных опухолей. Позвоночник и кости черепа поражаются в меньшей степени, опухолевидные образования являются множественными, располагаются чаще всего в диафизах длинных трубчатых костей, не поддаются лучевой терапии, исчезают после удаления аденомы паращитовидной железы и этим отличаются от истинной гигантоклеточной опухоли.

Несмотря на неуклонное прогрессирование патологического процесса, общее состояние больных может долго оставаться удовлетворительным. Трудоспособность при этом сохраняется главным образом в профессиях, связанных с незначительным физическим напряжением и нагрузкой опорно-двигательного аппарата.

Лечение больных заключается в хирургическом удалении измененных паращитовидных желез. В поздней стадии гиперпаратиреоидной остеодистрофии, осложненной тяжелым поражением почек, хирургическое лечение не обеспечивает клинического эффекта. Больные в подобных случаях нередко нуждаются в установлении I группы инвалидности. При эффективном оперативном вмешательстве и полном устранении гиперпаратиреоза начинается репарация костной ткани за счет восстановления остеобластической функции периоста и эндоста. Процесс активно развивается в течение первых 5–6 мес и про-

должается до 3 лет. Нормализуются активность щелочной фосфатазы, содержание кальция и фосфора в сыворотке крови, их экскреция с мочой. Наступает улучшение общего состояния больных, исчезают слабость, утомляемость и боли в костях, однако все ранее возникшие деформации костно-суставного аппарата сохраняются. На контрольных рентгенограммах пораженных костей поля резорбции не видны, на их месте образуются костные структуры, прослеживаются замыкающие пластинки. Воссозданная костная ткань при обширном поражении состоит из крупных ячеек, переходящих одна в другую. Это обусловливается тем, что фиброретикулярная ткань частично преобразуется в фиброзную. Могут образовываться очаги склероза, в последующем трансформирующиеся в нормальную костную ткань. Кисты обызвествляются или превращаются в фиброзную ткань. Опухолевидные образования приобретают поликистозное строение и сохраняются в таком виде много лет.

Следует учитывать, что гиперпаратиреоидная остео дистрофия при самопроизвольном течении имеет неблагоприятный клинический и трудовой прогноз. Тяжесть нарушения трудоспособности значительная, больным определяется II и I группа инвалидности. При экспертизе трудоспособности больных, перенесших удаление аденомы паращитовидной железы, следует исходить из того, что операция может способствовать как полной нормализации обменных нарушений, так и существенному либо только незначительному уменьшению обменных расстройств.

Полное выздоровление наблюдается, если операция произведена на ранней стадии болезни. В подобных случаях наступает восстановление анатомического строения и функций костно-суставного аппарата. Больные признаются временно нетрудоспособными, иногда на срок до 5—6 мес. Лица тяжелого физического труда признаются ограниченно трудоспособными на период рационального трудоустройства, если перевод их в показанные профессии связан со снижением квалификации.

После операции, произведенной в поздней стадии, больные по-прежнему остаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях, если у них наблюдаются резко выраженные деформации костно-суставного аппарата с существенным нарушением опорной и двигательной функций, а ортопедическое вмешательство неэффективно или противопоказано. При тяжелом вторичном поражении почек с выраженными нарушениями их функций больные так же продолжают оставаться нетрудоспособными. При отсутствии осложнений больные признаются инвалидами III группы, а в дальнейшем их трудоспособность может полностью восстанавливаться.

Больные, у которых операция оказалась малоэффективной и вызывала только стабилизацию процесса, при сохраняющейся значительной неполноценности костно-суставного аппарата полностью утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях. В тех случаях, когда операция, в том числе повторная, не приостанавливает прогрессирования болезни, а, напротив, наблюдается ее дальнейшее развитие, больные признаются инвалидами II группы. Если больные нуждаются в постоянном постороннем уходе, им определяется I группа инвалидности.

## ВТЭ ПРИ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ СПОНДИЛОПАТИИ<sup>1</sup>

Поражение позвоночника, характеризующееся снижением высоты тел позвонков с углублением их замыкающих пластинок, избыточной высотой межпозвоноковых дисков, преимущественно в центральных участках, и уменьшением высоты позвоночного столба, обозначается термином спондилопатия.

Спондилопатия, возникающая у больных с эндокринными расстройствами вследствие снижения функции половых желез в климактерическом периоде, перенасыщения кортикостероидами при синдроме Иценко — Кушинга или длительного введения гормонов с лечебной целью, относят к дисгормональной. Реже спондилопатия развивается при нарушениях функции поджелудочной либо щитовидной железы, или одновременно нескольких эндокринных желез.

При преждевременном выключении функции половых желез в постклимактерическом периоде у женщин, реже у мужчин, а также при гиперкортицизме различной этиологии возникает эстрогенная или андрогенная недостаточность на фоне преобладания глюкокортикоидов. Такое изменение в соотношении гормонов приводит к снижению остеобластической функции костной ткани и развитию остеопороза.

Медленно нарастающая перестройка тел позвонков и межпозвоноковых дисков, сопровождающаяся нарушением опорной функции, называется позвонково-дисковой диссоциацией.

Опороспособность костной ткани в нормальных условиях поддерживается ее постоянным обновлением. Старые костные структуры резорбируются, и создание новых структур происходит в соответствии с общим состоянием организма, функцией кости, возрастом и полом человека, характером трудовой деятельности. При эндокринных нарушениях в глубине тел позвонков, на некотором расстоянии от старых замыкающих пластинок и связанных с ними вертикальными костными балками дубликатуры вновь возникающих пластинок происходит своеобразный патологический процесс. Старые замыкающие пластинки, жировая ткань и кроветворный костный мозг, а также вертикальные костные балки, располагающиеся между старыми замыкающими пластинками и костными дубликатурами, рассасываются. Замыкающими пластинками становятся неполноценные дубликатуры. Центральные участки замыкающих пластинок резко сближены. Тела позвонков деформируются за счет углубления краниальной и каудальной поверхности. Высота межпозвоноковых дисков увеличивается за счет набухания желатинозного ядра, расширения синовиальной полости ядер, появления в них дополнительных карманов, заполненных жидкостью.

Нарушение опорной функции позвоночника частично компенсируется восстановлением замыкающих пластинок за счет пролиферации хрящевой ткани. Возникновение межкостистых неаргровов, слияние остистых отростков поясничных позвонков в единое костное образование при позвонково-дисковой диссоциации также является фактором компенсации при нарушении опорной функции позвоночника.

При недостаточной компенсации возникают разрывы гиалиновых и замыкающих пластинок, и через образовавшиеся дефекты вещество диска внедряется в тела позвонков. Процесс может закончиться псевдопереломом либо некробиозом тела позвонка и последующей

<sup>1</sup> См. литературу № 36.

патологической компрессией. Реже наступает одномоментный компрессионный перелом тел позвонков с разрывом замыкающей пластинки и внедрением желатинозного ядра в костное вещество либо отторжением части углубленной поверхности тела позвонка со смещением его к периферии. Наблюдаются и патологические вертикальные переломы со смещением в противоположных направлениях разделенных тел позвонков в отличие от вертикальных псевдопереломов. Репарация переломов замедленная.

Характерным при позвонково-дисковой диссоциации гормонального происхождения является остеопороз позвонков. Различают остеопороз I степени (умеренный), при котором костная структура разрежена незначительно, функциональная дифференцировка сохранена. При остеопорозе II степени (выраженном) наблюдается значительное разрежение структуры позвонков, однако функциональная дифференцировка полностью не утрачивается. Остеопороз III степени (резко выраженный) характеризуется тем, что костные структуры в теле позвонка рентгенологически не выявляются, лишь по резко истонченным замыкающим пластинкам и кортикальному слою можно определить контуры позвонка.

Состояние межпозвонковых дисков при позвонково-дисковой диссоциации оценивается по их высоте, измеренной на боковых рентгенограммах позвоночника. У лиц молодого и среднего возраста высота поясничных дисков составляет не более  $\frac{1}{2}$  высоты тел смежных позвонков, а в средне- и нижнегрудных отделах позвоночника — не более  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$  высоты тел смежных позвонков.

Основными клиническими симптомами позвонково-дисковой диссоциации являются: локальные боли в поясничном или грудном отделе позвоночника типа радикулярных болей; постепенное уменьшение роста больного вследствие снижения высоты туловища; нарастающий дугообразный кифоз и усиление поясничного лордоза; прогрессирующее ограничение движений в позвоночнике, достигающее полной неподвижности в грудном и поясничном отделах. У некоторых больных первым проявлением позвонково-дисковой диссоциации является компрессионный патологический перелом тела позвонка, который нередко распознается как обычный перелом.

На основании клинических и рентгенологических данных выделяют начальные проявления и 3 последующие стадии синдрома позвонково-дисковой диссоциации. В зависимости от стадии оценивается трудоспособность больных.

Начальными проявлениями болезни служат: боли в поясничном или грудном отделе позвоночника, реже в обоих отделах; остеопороз; незначительно выраженная перестройка замыкающих пластинок тел позвонков, сопровождающаяся углублением краниальной и каудальной поверхности; нормальная высота межпозвонковых дисков у лиц молодого и среднего возраста. Трудоспособность таких больных ограничена в профессиях тяжелого и среднего физического труда. В остальных профессиях трудоспособность больных сохранена, в ряде случаев с соответствующими ограничениями по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

I стадия болезни отличается развитием значительных болей в поясничном или грудном отделе позвоночника с периодическими обострениями; выраженным или резко выраженным остеопорозом позвонков, а также рассасыванием, изредка разрывами, старых замыкающих пластинок и появлением их дубликатур. Кроме того, рентгенологически прослеживается набухание межпозвонковых дисков



и увеличение их высоты в пределах  $\frac{2}{3}$  высоты тел позвонков при нормальной высоте последних в периферических отделах. В отдельных случаях наблюдаются патологические переломы тел позвонков. Трудоспособность больных сохраняется в профессиях легкого физического и умственного труда в кабинетных условиях. Больным противопоказана работа, связанная с тяжелым и умеренным физическим напряжением, нагрузкой на позвоночник. На период рационального трудоустройства им устанавливается III группа инвалидности, если перевод в показанные виды и условия труда связан со снижением квалификации.

II стадия болезни характеризуется выраженным болевым синдромом, обусловленным радикулитом или полирадикулитом; уменьшением роста; усилением грудного кифоза и поясничного лордоза. Движения в позвоночнике ограничены. Возможны патологические переломы тел позвонков, реже других костей. Высота тел позвонков снижена, прослеживаются углубление краниальной и каудальной поверхности, разрывы замыкающих и гиалиновых пластинок. Выраженные дубликатуры замыкающих пластинок и остепороз свидетельствуют о перестройке тел позвонков. Межпозвоночные диски имеют двояковыпуклую форму, высота их увеличена, «синовiales» полости желатинозных ядер расширены, наблюдается отек межтотчного вещества и фиброзных волокон. Трудоспособность больных в обычных производственных условиях утрачивается, они признаются инвалидами II группы. Показан труд в надомных условиях.

III стадия болезни характеризуется развитием хронического грудного и поясничного полирадикулита, протекающего с выраженными обострениями; уменьшением роста больного на 7—12 см и более; дугообразным грудным кифозом; поясничным гиперлордозом, вплоть до соприкосновения остистых отростков; отсутствием движений в названных отделах позвоночника; переломами тел позвонков или других костей скелета. Резко выражен остепороз позвонков. Высота дисков преобладает над высотой тел позвонков, диски имеют двояковыпуклую форму. Замыкающие и гиалиновые пластинки резко углублены, возможны их разрывы. Наблюдаются образование дубликатур замыкающих пластинок, некробиоз тел позвонков, множественные вертикальные псевдопереломы. В этой стадии больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях, отдельным лицам может быть рекомендован труд в надомных условиях. При многочисленных разрывах замыкающих и гиалиновых пластинок, вертикальных псевдопереломах больные признаются инвалидами I группы, так как они нуждаются в постороннем постоянном уходе.

При экспертизе трудоспособности больных позвоночно-дисковой диссоциацией, развившейся в результате экзогенной перегрузки организма кортикостероидами, необходимо учитывать заболевание, по поводу которого было предпринято гормональное лечение. Клинический и трудовой прогноз при этой форме позвоночно-дисковой диссоциации неблагоприятный, особенно в случаях поздней диагностики, когда обнаруживаются некробиоз и компрессионные переломы тел позвонков.

При позвоночно-дисковой диссоциации, наблюдающейся при несовершенном остеогенезе (патологическая ломкость костей), трудоспособность определяется прежде всего частотой переломов и степенью вторичных изменений функции опорно-двигательного аппарата, неврологическими и психическими расстройствами.

Трудоспособность больных с позвоночно-дисковой диссоциацией, вызванной остеомаляцией, зависит не только от состояния позвоночника, но и от перестройки скелета конечностей, возникновения патологических переломов.

Медицинская реабилитация больных позвоночно-дисковой диссоциацией независимо от причины должна предусматривать различные методы разгрузки позвоночника, а также медикаментозное лечение, в частности витамином D, с целью активизации остеобластической функции. При остеомаляции положительное влияние оказывает инсоляция. В зависимости от эстрогенной или андрогенной недостаточности при постклимактерической позвоночно-дисковой диссоциации назначаются половые гормоны (эстрогены и андрогены), комбинация эстрогенов и андрогенов (амбосекс) или только андрогенов (сустанон). Применяются и анаболические стероиды (ретаболил, неробол). Методы медицинской реабилитации больных с позвоночно-дисковой диссоциацией, вызванной длительным применением кортикостероидов, остеомаляцией агастрального или ренального гспеза и особенно при несовершенном остеогенезе, являются неэффективными.

Для больных со стабилизированной позвоночно-дисковой диссоциацией большое значение имеет рациональная организация трудовой деятельности.

## ВТЭ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА<sup>1</sup>

Среди доброкачественных новообразований костно-суставного аппарата наибольшее значение в клиническом и социальном отношении имеет ангиома, из опухолевидных поражений — гигантоклеточная опухоль, а также близкие к ней аневризматическая костная киста, остеохондроматоз сустава и эозинофильная гранулема. При этих формах поражения значительно чаще, чем при других, возникает стойкое нарушение трудоспособности.

*Ангиома* — сосудистая опухоль, встречается чаще у женщин молодого и среднего возраста, иногда у девочек в связи с аномалией развития сосудов. Ангиома локализуется, как правило, в грудных или поясничных позвонках, реже в костях черепа, ребрах, конечностях. Вначале поражается передний отдел тела позвонка. В дальнейшем опухоль может прорасти в корни дуг позвонка, позвоночный канал, эпидуральную клетчатку, деформация и сужение позвоночного канала сопровождаются неврологическими расстройствами в виде спинального или корешкового синдрома.

При экспертизе трудоспособности больных следует учитывать распространенность, уровень локализации, степень прорастания ангиомы в задний отдел позвонка и появление признаков компрессии.

Ангиома позвонка, установленная рентгенологически, является противопоказанием к выполнению работы, связанной со значительной или умеренной становой нагрузкой. Больным показан только умственный и легкий физический труд, не связанный с продолжительной ходьбой и стоянием, сотрясением и вибрацией тела.

<sup>1</sup> См. литературу № 37.

Одиночные ангиомы лечатся оперативным путем, в других случаях назначается рентгенотерапия. Основным методом профилактики нарушения трудоспособности является своевременное рациональное трудоустройство.

При возникновении патологической компрессии тела позвонка или спинального синдрома, связанного со сдавлением спинного мозга, устанавливается II и I группа инвалидности. При сдавлении спинного мозга производится ламинэктомия. С помощью комплекса медицинских мероприятий и рационального трудоустройства можно добиться частичной реабилитации даже после возникновения тяжелого спинального синдрома.

Локализация ангиом в костях черепа редко вызывает стойкое нарушение трудоспособности, однако больным противопоказана работа, связанная с тяжелым физическим и выраженным нервно-психическим напряжением. Необходимые ограничения в трудовой деятельности могут быть установлены по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

При обширных ангиомах, захватывающих большую часть или всю конечность и вызывающих нарушение опорной и двигательной функции, больные признаются ограниченно трудоспособными на протяжении длительного времени, иногда в течение всей жизни, если проведенное комплексное лечение оказалось неэффективным. При ограниченных локальных ангиомах главное значение приобретает профессиональная реабилитация.

*Гигантоклеточная опухоль* (остеобластокластома) наблюдается с равной частотой среди мужчин и женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Она возникает в спонгиозном веществе суставных концов длинных трубчатых костей, реже в телах позвонков и плоских костях. Характерна одиночная локализация.

Первым проявлением заболевания являются боли, связанные иногда с незначительной травмой или патологическими надломами опухоли. При поражении тел позвонков развивается корешковый или спинальный синдром, обусловленный компрессией.

Морфологически гигантоклеточная опухоль характеризуется остеолитическим процессом с фокусом деструкции в спонгиозном веществе. Замыкающая пластинка сохранена, пораженный участок кости вздут и может прощупываться. В других случаях очаг поражения состоит из отдельных камер, разделенных тонкими костными перегородками. Иногда опухоль преобразуется в саркому.

Всем больным гигантоклеточной опухолью показано хирургическое лечение. Трудоспособность больных в значительной мере зависит от локализации опухоли, характера произведенной операции, осложнений, а также конкретных условий производственной деятельности свидетельствуемого.

При поражении проксимального эпифиза лучевой или дистального эпифиза локтевой кости, лопатки, крыла подвздошной кости, эпифиза малоберцовой кости, не несущих основной нагрузки конечности, трудоспособность больных нарушается временно на период лечения. Временная нетрудоспособность может продлеваться свыше 4 мес с последующим переводом больных в необходимых случаях на облегченную работу по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

После успешного радикального лечения (экскохлеация или резекция кости) гигантоклеточной опухоли эпифиза бедренной, большеберцовой или плечевой кости, проксимального эпифиза локтевой или

дистального эпифиза лучевой кости больные в течение 1—2 лет признаются ограниченно трудоспособными в большинстве профессий. Однако лица легкого физического и умственного труда после периода временной нетрудоспособности возвращаются к профессиональному труду в полном объеме.

Нарушение двигательной и опорной функций конечности после операции может явиться показанием к переводу больных на другую работу, показанную им по состоянию здоровья, и при снижении квалификации — установлению III группы инвалидности на период рационального трудоустройства.

При гигантоклеточной опухоли тела позвонка с явлениями компрессии и спинального синдрома больные после проведения курса рентгенотерапии или хирургического вмешательства признаются инвалидами II группы. При переосвидетельствовании почти во всех случаях определяется III группа инвалидности, а при устранении или существенном уменьшении неврологических расстройств осуществляется полная профессиональная реабилитация инвалидов. Однако при неэффективности сочетанного хирургического и лучевого лечения больные остаются инвалидами II группы.

*Аневризматическая костная киста* возникает преимущественно в теле позвонка. При этом быстро развивается патологическая компрессия тела позвонка с неврологическими расстройствами. Иногда опухоль развивается в диафизе трубчатых костей. Лечение аневризматической кисты хирургическое и лучевое.

Среди доброкачественных опухолевидных поражений суставов наибольшее значение имеют остеохондроматоз и остеоматоз, возникающие преимущественно в молодом возрасте.

*Остеохондроматоз* — поражение синовиальной оболочки, характеризующееся разрастанием ворсин и их трансформацией в хондромы, которые частично обызвествляются и оссифицируются. Этот процесс сопровождается асептическим артритом, а при отторжении и ущемлении хондром — блокадой сустава.

Клинически остеохондроматоз проявляется болями, увеличением сустава в объеме, нарушением функции. Чаще всего поражается коленный сустав. Эффективных мер лечения этого заболевания не существует.

Больные, страдающие остеохондроматозом, признаются ограниченно трудоспособными в профессиях, связанных с нагрузкой на пораженный сустав, так как в соответствующих случаях нуждаются в уменьшении объема производственной деятельности или переводе на другую показанную им работу более низкой квалификации.

*Остеоматоз* отличается от остеохондроматоза ранним развитием и большей выраженностью процессов оссификации образовавшихся хондром. Блокада суставов при этом не наблюдается.

Врачебно-трудовая экспертиза и организация труда больных основываются на тех же положениях, что и при остеохондроматозе.

*Зоинофильная гранулема* является пограничной формой между гранулемами воспалительного происхождения и опухолевидным поражением. В ее происхождении играет роль аллергическая реакция на глистную инвазию. Заболевают преимущественно лица молодого и среднего возраста.

Гранулема чаще всего развивается в костях мозгового и лицевого черепа, позвонках, ребрах, реже в диафизах бедренной и плечевой костей, иногда в легких, мышцах, коже, в слизистой пищеварительного тракта.

Клинически эозинофильная гранулема проявляется болями, припухлостью пораженного участка. При вовлечении в процесс тел позвонков развивается компрессия с корешковым или спинальным синдромом, при поражении трубчатых костей — надломы и переломы. В крови, как правило, отмечается эозинофилия. Рентгенологически выявляется ограниченный очаг остеолиза шаровидной формы. В диафизах трубчатых костей очаги остеолиза могут быть множественными.

Медицинская реабилитация больных включает методы хирургического и лучевого лечения. В период лечения больные являются временно нетрудоспособными. В дальнейшем ограниченно трудоспособными признаются лица тяжелого физического труда, перенесшие операцию по поводу поражения костей черепа с разрушением внутренней замыкающей пластинки и очаговой неврологической симптоматикой. После удаления опухоли и заполнения дефекта костей скелета, несущих опорную функцию, больные признаются трудоспособными. При компрессии тела позвонка с тяжелыми неврологическими расстройствами больные признаются инвалидами II группы.

*Остеома* располагается чаще всего в костях свода черепа, реже — в трубчатых костях. Клиническое значение опухоль приобретает при сдавлении сосудисто-нервного пучка, головного мозга. Остеома состоит из губчатой ткани, покрытой тонким кортикальным слоем (губчатая остеома), или из плотной костной ткани, подобной кортикальному веществу (компактная остеома), и имеет обычно шаровидную форму.

Трудоспособность больных нарушается при крупных остеомах, достигающих в диаметре 20—25 мм. Остеомы, расположенные в передней черепной ямке, вызывают головную боль и нарушения зрения. В подобных случаях больным противопоказан тяжелый физический, а также умственный труд с выраженным нервно-психическим напряжением. При необходимости уменьшения объема производственной деятельности или переводе на другую работу со снижением квалификации больные признаются инвалидами III группы. Инвалидность II группы определяется при тяжелых нарушениях зрения либо после обширных нейрохирургических операций. Параартикулярные остеомы, развившиеся в одной из парных костей голени или предплечья, осложненные вторичной деформацией сустава в связи с нарушением соотношения суставных концов, обуславливают признание больных ограниченно трудоспособными в профессиях, связанных с нагрузкой на пораженный сустав, на период приобретения показанной профессии.

*Остеохондрома* является аномалией развития и представляет собой доброкачественную опухоль, возникающую в период формирования организма. Она состоит из спонгиозного костного вещества с хрящевым покрытием и располагается на поверхности кости вблизи эпиметафизарных зон роста, зон роста апофизов, иногда в толще эпифиза длинных трубчатых костей. Поражаются кости верхних и нижних конечностей, реже — лопатка, корни дуги позвонка. Остеохондрома проявляется деформацией кости, а в случае сдавления сосудисто-нервного пучка или корешков спинного мозга — неврологическими расстройствами.

После удаления крупной интраэпифизарной остеохондромы лица тяжелого физического труда признаются ограниченно трудоспособными на период рационального трудового устройства.

*Хондрома* состоит из хрящевой ткани, развивается внутрикостно или на поверхности преимущественно длинных трубчатых костей

и внескотно, в параоссальных мягких тканях. По своему патогенезу хондрома представляет аномалию развития, разновидность дисхондроплазии. Заболевание выявляется у лиц молодого и среднего возраста с одинаковой частотой у мужчин и женщин.

При возникновении вблизи эпиметафизарной зоны трубчатых костей хондрома может нарушать функцию конечности, особенно в случае развития патологического перелома. Эихондрома, расположенная в параоссальных мягких тканях, оказывая давление на кость, вызывает ее атрофию, смещение и изменения в суставах, вплоть до полного вывиха. Лечение хирургическое. Стойкое нарушение трудоспособности возникает редко и связано главным образом с неблагоприятными последствиями оперативного лечения.

## ВТЭ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ<sup>1</sup>

Правильное решение вопроса о состоянии трудоспособности больных злокачественными новообразованиями, леченных по радикальной программе, имеет большое социальное значение. Следует считать установленным, что показанный онкологическим больным труд не является причиной рецидива болезни.

Главной задачей врачебно-трудовой экспертизы больных злокачественными опухолями, подвергшихся радикальному лечению, является научно обоснованное клиническое и трудовое прогнозирование в каждом отдельном случае, уточнение медико-биологической и социальной характеристики больного, оценка результатов лечения.

Результаты лечения зависят от биологических особенностей опухоли и индивида. Биологические особенности опухоли определяют ее гистологическая структура, особенности роста (экзофитный или эндофитный) и метастазирования, а также величина и локализация. К биологическим особенностям индивида относятся возраст, физиологический период жизни, физическое и психическое состояние больного (степень восстановления массы тела и кроветворения после лечения, психогенные реакции, возникающие в связи с болезнью или перенесенным оперативным вмешательством), иммунологическая реактивность организма, а также сопутствующие заболевания.

При освидетельствовании больных во ВТЭК необходимо учитывать гистологическую структуру опухоли, степень ее дифференцировки. Условно различают опухоли высокодифференцированные (аденокарцинома, базальноклеточный рак), среднечифференцированные (слизистые формы рака, плоскоклеточный рак с орогованием), низкодифференцированные (солидная аденокарцинома, плоскоклеточный рак без орогования, недифференцированные раки, саркома). Гистологическая структура опухоли играет важную роль в решении вопросов экспертизы трудоспособности. В частности, больные саркомой, недифференцированными формами рака признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях в течение ближайших 1—2 лет после операции. Аналогичное экспертное решение выносится при раке яичника, ротовой полости, верхнего отдела пищевода, отличающемся особой злокачественностью, наклонностью к раннему метастазированию.

Важным прогностическим фактором является также размер удаленной опухоли. Клинический прогноз лучше, если размеры удаленной опухоли не превышают 5 см в диаметре либо составляют не

<sup>1</sup> См. литературу № 40, 41.

более полуокружности полого органа. Масштабы метастазирования опухоли определяются числом вовлеченных коллекторов лимфоузлов, количеством пораженных лимфоузлов в каждом из них, а также переходом метастаза опухоли на клетчатку. Одним из наиболее важных показателей, суммарно отражающим биологические особенности опухоли, является стадия заболевания, которая определяется на основании классификации опухолей, утвержденной Министерством здравоохранения СССР в 1956 г., и Международной классификации по системе TNM.

Из биологических особенностей индивида на клинический и трудовой прогноз известное влияние оказывает возраст. Более злокачественно протекает рак у лиц молодого возраста, что объясняется особенностями крово- и лимфоснабжения органов. Гормональный баланс в организме также оказывает влияние на рост опухоли. Благоприятной для роста опухоли является, в частности, повышенная стероидная насыщенность в период беременности. К изменению гормонального фона может приводить дисфункция гипофизарно-надпочечниковой системы и печени, выражающаяся в снижении способности печени инaktivировать гормоны. В результате этого сопротивляемость и иммунологическая защита организма понижаются. Особое значение имеют такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет, ожирение и хронический гепатит. Наличие этих заболеваний может служить одним из показаний к установлению III группы инвалидности больным раком в начальной стадии с целью уменьшения объема работы.

Критерием эффективности оперативного лечения является 5-летняя выживаемость больных, которая при I стадии рака наблюдается в 80–90%, при II – в 55–65%, при III – в 35% случаев.

На трудовой прогноз влияют также социальные факторы – профессия и специальность больного раком, характер трудовой деятельности, конкретные условия производства. Непоказанными являются профессии, связанные с тяжелым физическим и психо-психическим напряжением, воздействием профессиональных вредностей, в частности облучения. Среди прочих социальных факторов следует учитывать предпенсионный возраст, трудовую направленность и наличие инвалидности в связи с другими заболеваниями. !!!

Предпенсионный возраст при отсутствии трудовой направленности может являться показанием для признания больных злокачественными новообразованиями нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

При I и II стадиях рака на основании научно установленного индивидуального клинического и трудового прогноза с учетом морфологической структуры опухоли, биологических особенностей больного, современных знаний о 5-летней выживаемости после радикального лечения и в равной мере социальной характеристики большая часть больных признаются полностью трудоспособными в непротивопоказанных профессиях. Временная нетрудоспособность больных злокачественными новообразованиями I и II стадий, подвергнутых радикальному хирургическому лечению, может продолжаться свыше 4 мес, что способствует восстановлению физического и психического состояния, развитию компенсации нарушенных функций. Временная нетрудоспособность продлевается ВТЭК в тех случаях, когда клинический и трудовой прогноз представляется благоприятным и предполагается, что больные смогут приступить к работе в своей профессии.

При I и II стадиях рака больные, работающие в профессиях тяжелого физического труда, признаются ограниченно трудоспособными, если перевод их на другую работу сопровождается снижением квалификации.

По истечении 1—2 лет, если не возникнет рецидива злокачественной опухоли, больные признаются трудоспособными. Основанием для определения III группы инвалидности больным, страдающим I и II стадиями рака, может также явиться необходимость перевода их на работу, не связанную с воздействием профессиональных вредностей, что нередко приводит к снижению квалификации. Ограниченно трудоспособными при I и II стадиях рака признаются лица, страдающие сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, хронический гепатит и др.), ухудшающими клинический прогноз после радикального хирургического лечения.

Наряду с этим больные II стадией рака могут признаваться нетрудоспособными в обычных производственных условиях при локализации злокачественной опухоли в ротовой полости, верхнем отделе пищевода, яичниках или при особо высокой злокачественности опухоли (недифференцированный рак, хорионэпителиома, саркома, тератобластома и др.). Показанием к признанию больных инвалидами II группы при I и II стадиях рака могут являться тяжелые последствия оперативного вмешательства: нарушение функции анального сфинктера после резекции прямой кишки с низведением сигмовидной или ободочной кишки; каловый свищ после экстирпации прямой кишки; выраженная легочная недостаточность после пульмонэктомии; агастральная астения после резекции желудка.

При III стадии рака клинический прогноз неблагоприятный, и больным, как правило, в течение 2 лет устанавливается II группа инвалидности независимо от социальных факторов. Однако в отдельных случаях при III стадии рака с учетом трудовой направленности, относительно благоприятной локализации и высокой степени дифференцированности рака лицам умственного и легкого физического труда может быть установлена III группа инвалидности. При переосвидетельствовании больные могут признаваться трудоспособными в показанной профессии, если не обнаруживается рецидивов или метастазов раковой опухоли.

При IV стадии рака клинический прогноз неблагоприятный, всем больным устанавливается I, реже II группа инвалидности, что обусловлено тяжелым состоянием больного. В ряде случаев паллиативное хирургическое лечение, дополненное химиотерапией, при некоторых локализациях рака IV стадии приводит к клиническому улучшению, и больные могут не нуждаться в постороннем постоянном уходе.

## **ВТЭ ЛИЦ, РАДИКАЛЬНО ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА<sup>1</sup>**

Рак толстого кишечника занимает 4-е место среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, уступая по частоте раку желудка, пищевода и прямой кишки. Заболевание отличается медленным развитием, поздним метастазированием и сравнительно благоприятным клиническим прогнозом.

<sup>1</sup> См. литературу № 38.



При определении состояния трудоспособности больных, радикально леченных по поводу рака толстого кишечника, необходимо учитывать стадию процесса. Согласно классификации, различают 4 стадии развития опухоли. В основу классификации положены 3 фактора: распространение опухоли по окружности кишки; степень прорастания опухоли в глубину стенки кишки; наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и отдаленных органах.

*I стадия.* Небольшая ограниченная опухоль, локализуемая в толще слизистой и подслизистой оболочки кишки; метастазов в регионарных лимфоузлах нет.

*II-а стадия.* Опухоль больших размеров, чем при I стадии, но занимает не более полуокружности стенки кишки, не выходит за ее пределы; регионарные метастазы отсутствуют.

*II-б стадия.* Опухоль тех же или меньших размеров, но с односторонними метастазами в ближайших лимфатических узлах.

*III-а стадия.* Опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастает все ее слои, без метастазов в регионарные лимфоузлы.

*III-б стадия.* Опухоль любого размера с множественными метастазами в регионарных лимфоузлах.

*IV стадия.* Обширная опухоль, проросшая в соседние органы, с множественными регионарными метастазами, либо опухоль любого размера с отдаленными метастазами.

Помимо стадии рака толстого кишечника, при решении вопроса о трудоспособности оперированных больных необходимо учитывать гистологическую структуру опухоли. У большинства опухоль имеет строение аденокарциномы, относящейся к высокодифференцированным опухолям, причем у 60—70% больных она не метастазирует. Менее благоприятен в прогностическом отношении коллоидный и солидный рак.

Важное значение для определения клинического и трудового прогноза имеет срок, прошедший после операции. В 80—85% случаев метастазы рака выявляются, как правило, в течение первых 2 лет с момента операции, а в более поздние сроки — 15—20% случаев.

Необоснованное признание оперированных больных инвалидами в течение длительного периода времени приводит не только к утрате профессиональных навыков, но и ослаблению трудовой направленности.

При направлении во ВТЭК больные должны быть подвергнуты, наряду с общеклиническим исследованием, пальцевому исследованию прямой кишки, ректороманоскопии, ирригоскопии, при неврологических жалобах — осмотру невропатолога и психиатра.

К осложнениям, выявляемым рентгенологически, относятся рубцовые изменения анастомоза, анастомозит, иритация кишки. Рубцовые изменения характеризуются большой протяженностью и сохранением структуры слизистой оболочки в области сужения, симметричным расположением сужения относительно орального и каудального отрезков кишки. В зоне анастомоза может наблюдаться супрастенотическое расширение кишки. Поздний анастомозит рентгенологически проявляется быстрым опорожнением анастомоза от контрастной взвеси по сравнению с соседними участками кишки. Клинически он характеризуется постоянными болями в животе, поносами, появлением слизи или примесей крови в кале. У ряда больных, перенесших правостороннюю гемиколэктомию, отмечается быстрое заполнение контрастной массой и опорожнение петель тонкой кишки после

дефексации, что позволяет заподозрить раздражение толстой и тонкой кишки.

К частым осложнениям после радикального оперативного вмешательства при раке толстого кишечника относится нарушение функции кишечника, которое проявляется диареей, пальпаторной болезненностью кишки, снижением массы тела больного. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании больных выявляются дискинезия и воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки.

Следует различать 3 степени нарушения функции кишечника: легкую, умеренную и тяжелую. При легкой степени стул у больных бывает 2—3 раза, при умеренной — от 4 до 7 раз, при тяжелой — от 8 до 10 раз в сутки. Легкая степень нарушения функции кишечника не влияет на трудоспособность больных. Умеренное нарушение может в отдельных случаях стать причиной ограничения трудоспособности, в частности, когда характер и условия работы препятствуют соблюдению необходимого гигиенического режима. При тяжелом нарушении функции кишечника больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

Восстановление и стабилизация массы тела у больных являются одним из благоприятных прогностических показателей. Для целей врачебно-трудовой экспертизы рекомендуется учитывать так называемый росто-весовой коэффициент, вычисляемый путем умножения массы тела в килограммах на 100 и деления на рост в сантиметрах. Полученный коэффициент в пределах от 27 до 33 указывает на пониженное питание, от 33 до 38 — на удовлетворительное, от 39 до 45 — на хорошее и от 45 до 60 и более — на повышенное. В качестве одного из показателей клинического улучшения состояния больных следует рассматривать нормальную гемограмму, исчезновение невропсихических расстройств.

Лицам, радикально оперированным по поводу рака толстого кишечника, доступны профессии умственного, а также физического труда с незначительным или умеренным напряжением. Труд, связанный с тяжелым физическим и значительным невропсихическим напряжением, является противопоказанным.

Учитывая относительно невысокую злокачественность рака толстого кишечника, сравнительно благоприятные отдаленные результаты радикальных операций (5-летняя выживаемость больных достигает 40—90%), умеренно выраженные нарушения функции кишечника, возможности реабилитации больных являются обнадеживающими.

I группа инвалидности определяется инкурабельным больным, нуждающимся в постоянном постороннем уходе.

II группа инвалидности устанавливается больным, перенесшим радикальную операцию по поводу рака толстого кишечника III стадии, а также солидного рака толстого кишечника II-б стадии. В последующем (спустя 1—2 года) им может быть определена III группа инвалидности с целью уменьшения объема работы в непротивопоказанных профессиях. Нетрудоспособными признаются больные с тяжелым нарушением функции кишечника, независимо от срока, прошедшего после операции, а также больные со значительно выраженными невропсихическими расстройствами или имеющие инвалидность в связи с другими заболеваниями (см. «Врачебно-трудовая экспертиза при злокачественных новообразованиях»).

III группа инвалидности определяется больным после радикального лечения рака толстого кишечника I и II-а стадий при необходимости перевода их на другую работу, что сопровождается сниже-

нием квалификации. Ограниченно трудоспособными признаются также больные, страдающие умеренными расстройствами функции кишечника или умеренно выраженными нервно-психическими нарушениями с целью уменьшения объема производственной деятельности.

## **ВТЭ БОЛЬНЫХ, РАДИКАЛЬНО ЛЕЧЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ<sup>1</sup>**

Рак шейки матки по частоте занимает 2-е место после рака желудка, а среди причин первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований — 1—2-е место, наряду с раком молочной железы.

Больные, леченные по поводу рака шейки матки, длительно являются временно нетрудоспособными. Согласно наблюдениям, проведенным в ЦИЭТИНе над 550 больными раком шейки матки, в 52,3 % случаев наступает полное или частичное восстановление трудоспособности в первые 3 года после лечения по радикальной программе.

Современные методы лечения рака шейки матки предусматривают выключение функции яичников, что является причиной возникновения посткастрационных нарушений различной степени, а также изменений в облученных органах и тканях малого таза. Посткастрационные расстройства в зависимости от клинических проявлений подразделяются на нервно-психические, эндокринно-обменные и вегетативно-сосудистые. Они возникают вследствие гиперфункции гипоталамо-гипофизарной системы в условиях прекращения эстрогенной функции яичников.

Клинически эндокринно-обменные нарушения проявляются повышением массы тела, гиперхолестеринемией, расстройством функции щитовидной железы, развитием сахарного диабета и раннего атеросклероза. Вегетативно-сосудистые нарушения характеризуются приливами, повышенной потливостью, головными болями, головокружением, болями в области сердца, повышением артериального давления, онемением конечностей. При частоте приливов до 10—15 раз в сутки наблюдаются диэнцефальные кризы, сопровождающиеся ознобами, учащенным сердцебиением, затрудненным дыханием, резкой головной болью, общей слабостью, страхом смерти, частым и обильным мочеиспусканием после приступа. Симптоматическая артериальная гипертония протекает без изменений на электрокардиограмме. При длительном течении артериальной гипертонии на глазном дне появляются признаки ангиопатии (тонический спазм сосудов, расширение вен). Нервно-психические нарушения проявляются расстройством сна, повышенной утомляемостью, снижением памяти. Развиваются адинамия и аффективные нарушения. У некоторых больных наблюдаются выраженные органические изменения психики, замедление психических процессов. Наиболее тяжело названные расстройства протекают у лиц, страдающих гипертонической и язвенной болезнью, сахарным диабетом, хроническими инфекционными заболеваниями, возникшими до начала лечения рака шейки матки.

К отдаленным последствиям лечения относятся лучевые повреждения, степень которых зависит от дозы и интенсивности облучения, стадии опухоли, чувствительности различных тканей к лучевому воздействию. Общими проявлениями лучевой реакции служат сла-

<sup>1</sup> См. литературу № 39.

бость, тошнота, потеря аппетита, диспепсия, головокружение, лейкопения, сочетающаяся с лимфоцитозом, тромбоцитопенией и нейтропенией. Местными проявлениями лучевой реакции могут быть незначительная эритема, индуративные отеки и рубцы, эпителипиты влагалища, циститы, изменения верхних мочевых путей, ректиты, слоновость нижних конечностей.

Во врачебно-трудовой экспертизе наибольшее значение имеют лучевые проктиты, встречающиеся у 16—35% больных, и циститы, обнаруживаемые у 38—62% больных. Для лучевых проктитов характерны боли в области прямой кишки и крестца, усиливающиеся при дефекации, ходьбе, длительном стоянии; кровянистые выделения из прямой кишки, нередко профузные кровотечения. В зависимости от морфологических изменений различают катаральную, эрозивно-десквамативную, язвенно-инфильтративную (с образованием и без образования ректовагинального свища) форму проктита. Лучевые циститы характеризуются воспалительными изменениями слизистой мочевого пузыря, болями и резами при мочеиспускании, иногда выделением крови с мочой, наличием в моче белка, эритроцитов, лейкоцитов. Морфологически изменения в мочевом пузыре проявляются гиперемией слизистой, буллезным отеком, лучевой язвой, свищом. При поражении верхних мочевых путей наблюдаются гидронефроз, пиелозктазии, гидронефроз.

Результатом лучевого воздействия может быть также резкий лимфостаз нижних конечностей. Различают 3 степени лимфостаза: незначительно выраженную, когда длина окружности пораженной конечности превышает длину окружности здоровой конечности не более чем на 4 см, умеренно выраженную, если разница составляет 5—7 см, и резко выраженную, если разница более 8 см.

Клинический и трудовой прогноз у больных, леченных по поводу рака шейки матки, зависит от стадии и распространения опухоли, результатов лечения, осложнений, возраста. 5-летняя выживаемость при I стадии заболевания, по данным ЦИЭТИНа, наблюдается у 70—86%; при II стадии — у 50—60%; при III стадии — у 30—50% больных. Показатель излечения при влагалищном, влагалищно-параметральном, маточно-параметральном вариантах распространения рака шейки матки в 2 раза выше, чем при метастатическом и маточно-метастатическом вариантах. У больных в возрасте до 29 лет 5-летняя выживаемость выше, и восстановление трудоспособности происходит раньше, чем у больных старшего возраста. Объясняется это более ранним включением гипофиза и надпочечников в развитие механизмов компенсации у молодых женщин — после овариэктомии или лучевой кастрации.

Применяемые методы лечения также оказывают известное влияние на трудовой прогноз. В частности, у больных, получивших хирургическое и комбинированное лечение, трудоспособность восстанавливается в более ранние сроки, чем у больных, лечившихся сочетанно-лучевым методом. Трудовой прогноз у больных с рецидивами и метастазами рака неблагоприятный.

На трудовой прогноз оказывает влияние целый ряд социальных факторов, в частности характер и условия труда; трудовая направленность больных, восстановление нарушенных связей в обществе, быту, семье; возможность трудоустройства, обучения и переобучения.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРИ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЯХ

### ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВТЭ ПРИ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЯХ<sup>1</sup>

При вынесении экспертного решения больному с заболеванием нервной системы необходимо руководствоваться Инструкцией по определению групп инвалидности (стр. 536) и Перечнем заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока переосвидетельствования (стр. 553). Задачей невропатолога-эксперта является оценка состояния трудоспособности больного с учетом этиологии и течения заболевания, тяжести очаговых и диффузных нарушений деятельности головного мозга, особенно высших его отделов, результатов рентгенологического, электрофизиологического, лабораторного, ликворологического, биохимического и других исследований.

ВТЭК должна располагать данными наблюдения за больным в стационаре, поликлинике, сведениями о частоте обращения к врачу и длительности периодов временной нетрудоспособности, о проведенных лечебных (и восстановительных) мероприятиях, их эффективности. При неясном диагнозе требуется его уточнение, проведение дополнительных исследований. Направление больных на ВТЭК в остром и подостром периодах заболевания, когда еще не вполне ясны клинический прогноз и результаты лечения, является неоправданным.

Сроки временной нетрудоспособности различны и определяются характером заболевания нервной системы, течением и прогнозом. На ВТЭК направляются больные, у которых наступают стойкие нарушения функций нервной системы, препятствующие или ограничивающие возможность работы в своей профессии. Суждение о степени нарушения трудоспособности у лиц, страдающих заболеваниями нервной системы, должно основываться на учете медицинских (форма заболевания, течение, характер и степень нарушения функции) и социальных (общая и профессиональная подготовка, условия труда, производственная обстановка и др.) факторов. При одном и том же заболевании, в зависимости от выраженности нарушений функций нервной системы, характера течения, больные могут полностью утратить трудоспособность, нуждаться в изменении или облегчении условий труда либо сохранить трудоспособность. Перед невропатологом-экспертом стоят следующие задачи: выявить признаки органического поражения нервной системы; установить характер и степень выраженности нарушения функций; определить распространенность патологического процесса; распознать пароксизмальные вегетативные расстройства, невротические реакции и психопатологические нарушения; выяснить последовательность развития симптомов; обнаружить сочетание и взаимосвязь неврологических симптомов с нарушениями функций внутренних органов.

<sup>1</sup> См. литературу № 1.

Большое значение во ВТЭ имеет оценка клинического течения нервных болезней. В случаях регрессирующего течения у освидетельствуемых может наступить улучшение самочувствия, выравнивание нарушенных функций, восстановление трудоспособности. При прогрессирующем течении заболевания, нарастании патологических нарушений клинический и трудовой прогноз неблагоприятен. При ремиттирующем течении следует учитывать частоту и продолжительность обострений, причину возникновения рецидивов и связь их с условиями производственной деятельности.

В диагнозе должны быть отражены нозологическая форма, стадия и характер течения заболевания, степень выраженности нарушенных функций нервной системы.

На основании полученных данных невропатолог-эксперт должен установить, соответствует ли состояние функций нервной системы тем требованиям, которые предъявляются организму в процессе производственной деятельности, и вынести решение о состоянии трудоспособности больного. Заключительным этапом экспертизы трудоспособности является определение возможностей и путей профессиональной и трудовой реабилитации больных.

### **ВТЭ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ МОЗГОВЫХ НАРУШЕНИЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИИ<sup>1</sup>**

Трудоспособность больных гипертонической болезнью часто определяется состоянием нервно-психической сферы.

На состояние трудоспособности оказывают влияние различные нарушения функций нервной системы, обусловленные хронической недостаточностью мозгового кровообращения и остро возникающими расстройствами мозгового кровообращения, которые проявляются преходящими нарушениями типа кризов, геморрагическими, реже ишемическими инсультами.

При экспертизе трудоспособности следует учитывать, что гипертонической болезни свойственно медленное развитие с постепенным переходом из одной стадии в другую. Целесообразно выделять различные типы течения церебральной формы гипертонической болезни, в значительной мере определяющие трудовой прогноз.

Регрессирующий тип течения обычно наблюдается в I стадии гипертонической болезни и чаще встречается у женщин в возрасте 30—39 лет. У этих больных под влиянием лечения, рационального трудоустройства церебральный процесс стабилизируется либо претерпевает обратное развитие. Трудовые возможности больных несколько снижаются в первые 4—6 лет заболевания, причем ограниченно трудоспособными признаются лица, труд которых связан со значительным физическим и нервно-психическим напряжением. Характерна положительная динамика инвалидности.

При медленном прогрессирующем типе течения длительность I стадии болезни достигает 10—15 лет. Сосудистый процесс развивается исподволь, на первых этапах заболевания высокие цифры артериального давления почти не регистрируются. Кризы вначале редкие, нет значительных изменений личности и снижения интеллектуально-мнестических функций. Вместе с тем имеется готовность к декомпенсации, наступающей даже при небольшом увеличении привычной на-

<sup>1</sup> См. литературу № 2—6.

грузки, что часто является причиной временной нетрудоспособности.

Течение со средним темпом прогрессивности является наиболее типичным для церебральной формы гипертонической болезни, встречается одинаково часто у мужчин и женщин и характеризуется значительной частотой преходящих нарушений мозгового кровообращения. Уже в первые годы болезни обнаруживается выраженная в различной степени очаговая неврологическая симптоматика. Неуклонно прогрессирует хроническая недостаточность мозгового кровообращения. К 5-му году болезни обычно происходит стабилизация уровня артериального давления на высоких цифрах. С этого времени больные чаще всего полностью утрачивают трудоспособность, однако некоторые из них могут выполнять работу небольшого объема при условии рационального трудоустройства.

Течение с высоким темпом прогрессивности чаще встречается у мужчин. Уже к 4-му году развивается III степень хронической недостаточности мозгового кровообращения, артериальное давление устанавливается на высоких цифрах. Часты тяжелые церебральные кризы, после которых остается органическая симптоматика. Около 80% больных переносят инсульт с незначительным последующим восстановлением нарушенных функций. Трудоспособность больных в подобных случаях снижается рано, а спустя 6 лет от начала заболевания они признаются, как правило, нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

К клиническим проявлениям гипертонической болезни, имеющим неблагоприятное прогностическое значение, относятся преходящие нарушения мозгового кровообращения, сопровождающиеся головными болями, головокружением, в тяжелых случаях — тошнотой и рвотой, частичной или полной утратой сознания. При тяжелых смешанных кризах развиваются преходящие парезы, расстройств речи, зрения, стволовая симптоматика. При сочетанных кризах, наряду с мозговыми нарушениями, могут наблюдаться боли в области сердца, нарушение функции почек, спазмы периферических сосудов.

Кризы встречаются в любой стадии гипертонической болезни, но чаще во II и III. В I стадии кризы возникают 1—2 раза в год и реже, большей частью протекают в легкой форме. Во II и III стадиях гипертонической болезни кризы могут быть частыми, длительными и тяжелыми. При экспертизе трудоспособности больных гипертонической болезнью необходимо комплексное исследование системы кровообращения, функций почек, состояния глазного дна, нервной системы, психики. Необходимы сведения об условиях производственной деятельности и производительности труда освидетельствуемого, динамике артериального давления, частоте и продолжительности больничных листов, результатах обследования и лечения в стационаре.

В оценке трудоспособности и трудоустройстве больных гипертонической болезнью необходим индивидуальный подход с учетом стадии заболевания, характера нарушений нервно-психической сферы и функций внутренних органов, течения, осложнений, а также конкретных условий труда. Больные гипертонической болезнью могут длительное время сохранять трудоспособность в привычных производственных условиях благодаря динамическому стереотипу, а также созданию благоприятных условий труда.

Временная нетрудоспособность наступает при гипертонических кризах либо существенном ухудшении состояния больного, требующем клинического исследования и лечения. При легких непродолжи-

тельные кризах больные освобождаются от работы на 3—6 дней. Тяжелые и продолжительные кризы во II стадии гипертонической болезни требуют более длительного лечения. Повторные кризы, частые освобождения от работы по временной нетрудоспособности, противопоказанные условия труда дают основания для направления больных на ВТЭК.

В I стадии гипертонической болезни при компенсированных проявлениях хронической недостаточности мозгового кровообращения больные, как правило, остаются трудоспособными, однако нередко возникает необходимость проведения профилактических мероприятий. По решению ВКК лечебно-профилактических учреждений может быть рекомендовано освобождение больных от работы в ночную смену, сверхурочных работ, дополнительных нагрузок. Изредка возникает необходимость определения III группы инвалидности лицам, работающим в профессиях, связанных со значительным нервно-психическим и физическим напряжением, в неблагоприятных производственных условиях, в контакте с нейротропными и сосудистыми токсическими веществами (летчики, водолазы, сталевары и т.п.). Перевод на другую работу в подобных случаях нередко связан со значительным снижением квалификации.

Трудоспособность больных во II стадии гипертонической болезни с субкомпенсированной хронической недостаточностью мозгового кровообращения нарушается в большей степени ввиду ограничения круга доступных профессий. В связи с повторными кризами, частыми расстройствами вестибулярных функций, изменениями психики, сочетанием мозговых нарушений с патологией системы кровообращения больным противопоказана работа с выраженным нервно-психическим, а также значительным физическим напряжением, на высоте, в неблагоприятных метеоусловиях, в вечернюю и ночную смену. При благоприятном течении гипертонической болезни, редких кризах больные сохраняют трудоспособность даже в профессиях, связанных с вредным воздействием некоторых факторов. В случае прогрессирования заболевания возникает необходимость в значительном сокращении объема производственной деятельности или переводе на другую работу со снижением квалификации, что дает основания для определения больным III группы инвалидности. При неблагоприятном течении заболевания, частых и тяжелых гипертонических кризах, развитии симптомов органического поражения центральной нервной системы и сердца больные признаются инвалидами II группы. В отдельных случаях им можно рекомендовать работу на дому, в специально созданных для лиц высокой квалификации условиях производства или в спеццехах под медицинским наблюдением.

В III стадии гипертонической болезни с декомпенсированной хронической недостаточностью мозгового кровообращения больные, как правило, утрачивают трудоспособность. При значительном восстановлении нарушенных функций после перенесенного инсульта в связи с неблагоприятным клиническим прогнозом, возможностью развития повторных нарушений мозгового кровообращения труд в обычных производственных условиях противопоказан. В отдельных случаях доступен труд на дому или в спеццехах. Лица молодого возраста с хорошим восстановлением нарушенных вследствие инсульта функций при благоприятном течении заболевания могут выполнять работу в доступных производственных условиях и признаются инвалидами III группы. Формирование у больных отдаленных последствий или стойких остаточных явлений в виде выраженного гемипареза,



афазии в сочетании с глубокими изменениями психики, требующих постоянного постороннего ухода или надзора, дает основания для признания их инвалидами I группы. В подобных случаях группа инвалидности устанавливается без указания срока переосвидетельствования после наблюдения за больными в течение 4 лет<sup>1</sup>.

Возможности и пути профессиональной и трудовой реабилитации больных гипертонической болезнью определяются стадией заболевания, типом его течения, характером и частотой преходящих нарушений мозгового кровообращения. Экспериментально-психологические исследования показывают, что в случае незначительной выраженности соматических нарушений при относительно благоприятном типе течения церебральной формы гипертонической болезни степень утраты трудоспособности в значительной степени определяется личностными особенностями больных. Положительное значение имеют устойчивые социально-трудовые установки, эмоциональная заинтересованность в выполняемой работе, активное стремление к деятельности, что следует учитывать при осуществлении реабилитационных мероприятий.

Посттравматическая симптоматическая артериальная гипертония может возникать как в остром, так и в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, спустя 10 и более лет. Она чаще развивается вследствие закрытой травмы черепа и проявляется головными болями, головокружением, шумом в голове, болями в области сердца, сердцебиением и др. Симптоматическая гипертония чаще характеризуется относительно невысоким артериальным давлением 22,7/13,3—21,3/12 кПа (170/100—160/90 мм рт. ст.). Обычно наблюдаются колебания артериального давления, снижение до нормального уровня и его повышение под влиянием разнообразных эндогенных и экзогенных факторов. Часто отмечается асимметрия артериального давления, на плечевых артериях достигающая 2,67—4,00 кПа (20—30 мм рт. ст.). Для симптоматической гипертонии характерны церебральные кризы с общемозговыми проявлениями, возможны также смешанные пароксизмы с полушарными или стволовыми симптомами. Наблюдается нарушение нервной регуляции сердечной деятельности: лабильность пульса, глухость или усиление сердечных тонов. Патологических изменений сосудов глазного дна, как правило, не возникает даже при длительном течении заболевания либо они незначительны. Не прослеживается параллелизма между высотой артериального давления и состоянием сосудов глазного дна.

Методами психологического исследования могут быть обнаружены изменения психики по травматическому типу. В неврологическом статусе чаще всего отмечается легкая органическая симптоматика, обусловленная как непосредственными последствиями черепно-мозговой травмы, так и сосудистым церебральным процессом. Как правило, наблюдается вегетативная дисфункция, реже — эндокринные и обменные расстройства. На краниограмме могут быть выявлены дефекты костей, инородные тела в полости черепа, признаки внутрисерепной гипертонии, свидетельствующие в пользу травматического происхождения артериальной гипертонии. Изменения на реоэнцефелограмме отражают повышение тонуса сосудов, асимметрию кровенаполнения головного мозга. На ЭЭГ обнаруживаются диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, часто с межполушарной асимметрией, признаки поражения стволовых структур. Изме-

<sup>1</sup> Перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно. М., 1970.

ния ЭКГ в большинстве случаев не характерны и могут вообще не выявляться. При помощи векторкардиографии в некоторых случаях удастся выявить признаки умеренной гипертрофии левого желудочка.

Симптоматической посттравматической гипертонии свойственно ремиттирующее течение. При этом периоды обострения травматической болезни сочетаются с усилением вегетативной дисфункции, повышением артериального давления.

Степень стойкой утраты трудоспособности больных зависит от характера и выраженности нарушений функций центральной нервной системы, вызванных черепно-мозговой травмой. В тех случаях, когда симптоматическая гипертония выступает на первый план среди других клинических синдромов травматической болезни, она становится решающим фактором, определяющим временную и стойкую утрату трудоспособности.

В остром и подостром периоде черепно-мозговой травмы артериальная гипертония приводит к удлинению сроков временной нетрудоспособности до наступления стойкой нормализации артериального давления. Подобным образом удлиняются сроки временной нетрудоспособности при обострениях травматической болезни в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, сопровождающихся артериальной гипертонией. Продолжительность лечения по больничному листку в этих случаях должна быть не менее 10—14 дней.

Показанием для направления больных на ВТЭК являются частые (3—5 в год) обострения заболевания с длительным повышением артериального давления, так как в подобных случаях нередко возникает необходимость создания облегченных условий труда. Больным противопоказаны работы, связанные с постоянным значительным нервно-психическим и физическим напряжением, предписанным темпом, неблагоприятными микроклиматическими условиями, а также препятствующие соблюдению оптимального режима труда, отдыха, питания (ночные смены, удлиненный рабочий день, частые длительные командировки). При возможности устранения неблагоприятных факторов в производственной деятельности по заключению ВКК лечебного учреждения больные на ВТЭК не направляются.

I группа инвалидности определяется больным в случае мозгового инсульта (внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга), приводящего к выраженным двигательным, афатическим расстройствам или деменции. Основанием для определения II группы инвалидности служат прогрессирующее течение травматической болезни, затяжные периоды значительного повышения артериального давления. III группа инвалидности устанавливается в тех случаях, когда при наличии незначительной или умеренно выраженной гипертонии, сочетающейся нередко с другими клиническими проявлениями отдаленных последствий травм головного мозга, требуется перевод больного на другую работу более низкой квалификации или создание значительно облегченных условий труда в прежней профессии.

В случае длительных ремиссий, значительного улучшения состояния больного и рационального его трудоустройства вопрос о группе инвалидности должен быть пересмотрен. Симптоматическую артериальную гипертонию не следует рассматривать изолированно от всего комплекса патологических проявлений отдаленных последствий травмы головного мозга. Она становится основным фактором в оценке трудоспособности больных в тех случаях, когда выступает на первый план в клинической картине заболевания.

При решении вопроса о причинной связи инвалидности с ранением, контузией (у бывших военнослужащих) причина инвалидности устанавливается на основании документов, подтверждающих факт травмы, заключения ВВК или ОВВК. Для установления причинной связи инвалидности рабочим и служащим, получившим черепно-мозговую травму на производстве, ВТЭК должна иметь официальный документ о несчастном случае, связанном с производством.

### **ВТЭ ПРИ ПАТОЛОГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПОСЛЕДСТВИЯХ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ<sup>1</sup>**

В 30–40 % случаев ишемические поражения головного мозга обусловлены патологическими изменениями прецеребральных магистральных (сонных, базилярной и позвоночных) артерий. ВТЭК больных с патологией экстракраниального отдела сонных артерий и последствиями нарушений мозгового кровообращения основывается на комплексной оценке медицинских и социальных факторов. При этом должны учитываться течение, стадия и распространенность сосудистого страдания (атеросклероз, гипертоническая болезнь); состояние системы кровообращения; особенности окклюзии сонных артерий; вид, частота и тяжесть нарушений мозгового кровообращения; характер и степень выраженности нарушений функций.

Для правильного экспертного решения необходимо комплексное клиническое обследование с использованием методов ангиографии, офтальмомонометрии, рентгенографии или реоэнцефалографии, радиоцеребродиркулографии, электроэнцефалографии и др.

В острый период преходящих нарушений мозгового кровообращения на почве окклюзии сонных артерий больные временно нетрудоспособны на срок от 3 до 5 нед и более в зависимости от течения основного сосудистого страдания, профессии, условий труда больного и других факторов. Неблагоприятное течение основного сосудистого заболевания и окклюдизирующего процесса в сонных артериях, проявляющееся повторными транзиторными расстройствами мозгового кровообращения и инсультом, выраженные нарушения функций в постинсультном периоде, повторные инсульты, неясный клинический прогноз, наличие противопоказанных факторов в работе служат основанием для направления больных на ВТЭК.

Больные, перенесшие инфаркт мозга (ишемический инсульт) на почве патологии экстракраниального отдела сосудов головного мозга, как правило, признаются инвалидами. Основанием для определения I группы инвалидности являются грубые расстройства психической деятельности, речи и двигательных функций (гемиплегия, выраженный гемипарез). Критериями для определения II группы инвалидности являются выраженные расстройства двигательных функций (гемипарез, монопарез), умеренные расстройства речи, значительно выраженные органические изменения психики. Нетрудоспособными признаются также больные с неблагоприятным течением общего сосудистого заболевания и окклюдизирующего процесса в сонных артериях, у которых наблюдаются частые преходящие нарушения мозгового кровообращения, повторные инсульты. III группа инвалидности устанавливается больным с умеренно или легко выраженными нарушениями двигательных функций и речи (частичная моторная или амнести-

<sup>1</sup> См. литературу № 7–10.

ческая афазия), умеренными изменениями психики (астенический, астеноорганический синдром), которым по состоянию здоровья необходимы перевод на работу более низкой квалификации или изменение условий труда в прежней профессии со значительным сокращением объема производственной деятельности.

Определенные особенности имеет экспертиза трудоспособности больных, оперированных по поводу окклюзии сонных артерий. Оперативное вмешательство осуществляется как в период преходящих нарушений мозгового кровообращения, так и после перенесенного инсульта. Клинический прогноз в послеоперационном периоде зависит от этиологии, распространенности окклюдизирующего процесса, состояния церебральной гемодинамики, своевременности оперативного вмешательства и его радикальности. У больных, оперированных в периоде транзиторных ишемий, клинический и трудовой прогноз сравнительно благоприятен, так как преходящие нарушения мозгового кровообращения урежаются или прекращаются вовсе и мозговой инсульт не развивается. После операции в постинсультном периоде в ряде случаев может наступить частичное или значительное, реже — полное восстановление нарушенных функций.

При решении вопроса о состоянии трудоспособности больных, оперированных на сонных артериях, наряду с этиологией, течением сосудистого заболевания, особенностями клинической картины, выраженностью нарушения функций и др., учитываются радикальность и эффективность операции, а также течение заболевания в послеоперационном периоде.

Нарушение кровообращения в вертебробазиллярном бассейне чаще наблюдается при диффузном поражении сосудистой системы на почве атеросклероза и гипертонической болезни. Почти в половине случаев наблюдается окклюзия вертебральных сосудов, нередко сочетающаяся с поражением экстракраниального отдела сонных артерий. Ишемическим инсультам обычно предшествуют преходящие нарушения мозгового кровообращения в вертебробазиллярной системе, свидетельствующие о недостаточной компенсации. Больные нуждаются в лечении, многим из них требуется предоставление облегченных условий труда. В ряде случаев рациональное трудоустройство может быть осуществлено по заключению ВКК лечебного учреждения. Сроки временной нетрудоспособности при преходящих нарушениях мозгового кровообращения в вертебробазиллярном бассейне варьируют от 2 нед до 1,5 мес в зависимости от тяжести транзиторной атаки. Больные, перенесшие инсульт, являются временно нетрудоспособными в течение 3—4 мес.

Течение ишемического инсульта в вертебробазиллярном бассейне в большинстве случаев благоприятное с достаточным восстановлением нарушенных функций. Однако нередко после острого периода заболевания наступает частичная или полная утрата трудоспособности больных. В основном это наблюдается в случаях, когда вследствие распространенности процесса поражены сосуды вертебробазиллярной системы и сонных артерий, что резко снижает возможности компенсации нарушенного мозгового кровотока. Чаще всего в постинсультном периоде развиваются вестибулярно-мозжечковые нарушения, гемипарезы или концентрическое сужение поля зрения, астенический синдром, эмоциональные и мнестические расстройства. При значительной выраженности указанных нарушений с учетом течения заболевания, профессии и условий труда возникает необходимость в направлении больных на ВТЭК.

Инвалидность I группы определяется сравнительно редко, преимущественно большим с резкими нарушениями зрения, сочетающимися с грубыми мозжечковыми расстройствами и нарушением функции ходьбы. Инвалидами II группы обычно признаются больные с поражением затылочных долей, часто сочетающимися с расстройствами памяти, эмоций, поведения. При нарушениях высших зрительных функций, которые обычно комбинируются с концентрическим сужением поля зрения или гемиянопсией, труд в обычных производственных условиях недоступен. Полностью нетрудоспособными признаются также больные со стойкой, выраженной атаксией, амнестической афазией, органическими изменениями психики. Инвалидность II группы определяется при неблагоприятном течении заболевания, частых переходящих нарушениях мозгового кровообращения либо повторных инсультах в вертебробазилярном бассейне и системе сонных артерий, выраженном поражении артерий сердца (инфаркт миокарда), почек или конечностей.

Инвалидность III группы устанавливается при менее тяжелых последствиях инсульта, если нарушения функций препятствуют выполнению работы по специальности и больные нуждаются в переводе на другую работу, что связано со снижением квалификации, либо в значительном уменьшении объема работы в прежней профессии. К необходимости изменения условий труда чаще всего приводят вестибулярные и умеренные расстройства зрения, астенический синдром.

У лиц молодого возраста инсульт протекает клинически благоприятно, так как обычно не наблюдается выраженных диффузных изменений сосудов головного мозга. В силу больших компенсаторных возможностей наступает быстрое и сравнительно полное восстановление нарушенных функций, и больные после стационарного лечения обычно приступают к работе по специальности, если она не связана с воздействием противопоказанных факторов.

Большую роль в сохранении трудоспособности больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения вследствие окклюзии экстракраниального отдела сонных и вертебральных артерий, играют рациональное трудоустройство, использование имеющихся профессиональных навыков и динамического стереотипа. Лучшему развитию компенсации способствует трудовое устройство в профессии, близкой к основной, работа в которой не связана со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, воздействием низкой и высокой температуры, токсических веществ, продолжительным вынужденным положением тела, частыми поворотами головы, предписанным темпом.

### **ВТЭ ПРИ АНЕВРИЗМАХ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА<sup>1</sup>**

Аневризмы сосудов головного мозга клинически проявляются у лиц молодого и среднего возраста и нередко приводят к тяжелой инвалидности.

При экспертизе трудоспособности учитываются вид аневризмы (артериальная, артериовенозная), ее локализация, характер и степень выраженности общемозговых и очаговых расстройств, наличие и частота эпилептических припадков, психических нарушений, состояние и компенсаторные возможности церебральной гемодинамики, течение заболевания, эффективность оперативного вмешательства. В каждом

<sup>1</sup> См. литературу № 11, 12.

конкретном случае при экспертизе трудоспособности учитываются социальные факторы, в частности профессия и условия труда освидетельствуемого.

Бессимптомное течение заболевания, трудности клинической диагностики являются причиной того, что у большинства больных аневризма сосудов головного мозга распознается после первого субарахноидального кровоизлияния. В остром периоде геморрагии большие нуждаются в стационарном лечении и являются временно нетрудоспособными в течение 2—4 мес и более. Сроки временной нетрудоспособности зависят от тяжести заболевания, характера и выраженности нарушений функций, социальных факторов.

Лица, перенесшие геморрагию, при благоприятном течении заболевания, отсутствии существенных нарушений функций, а также противопоказанных производственных факторов в профессии, после проведенного лечения могут признаваться трудоспособными. Вместе с тем в ряде случаев больные нуждаются в продлении лечения по больничному листку, после чего они приступают к работе в своей профессии с ограничениями по профпутевке ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Показаниями для направления больных на ВТЭК являются повторные субарахноидальные кровоизлияния, выраженные психопатологические и очаговые неврологические нарушения, эпилептические припадки, послеоперационный костный дефект черепа, превышающий 3 × 1 см, наличие в выполняемой работе противопоказанных факторов, в первую очередь значительного физического и нервно-психического напряжения. Своевременный перевод больных на инвалидность не только предупреждает ее утяжеление, но может явиться необходимой предпосылкой для последующего восстановления трудоспособности.

Основанием для определения I группы инвалидности при артериальных или артериовенозных аневризмах являются тяжелые органические изменения психики, гемиплегия, выраженный гемипарез, афатические расстройства (чаще при аневризмах внутренней сонной и средней мозговой артерий). Критериями для установления II группы инвалидности служат выраженные органические изменения психики по типу астеноорганического или психоорганического синдромов, значительные расстройства интеллекта, двигательных функций, афазия, атрофия зрительных нервов, сопровождающаяся резким снижением зрения, частые эпилептические припадки. Нетрудоспособными признаются также лица, перенесшие повторные кровоизлияния или страдающие стойкой декомпенсацией мозгового кровообращения.

Ограниченно трудоспособными (инвалидами III группы) признаются больные с умеренно и легко выраженными последствиями перенесенного субарахноидального кровоизлияния при необходимости перевода их на работу более низкой квалификации или меньшего объема. Больным противопоказан труд, связанный со значительным физическим или нервно-психическим напряжением, вождением транспорта. В подобных случаях III группа инвалидности определяется также больным с достаточно полным восстановлением нарушенных функций.

При оценке трудоспособности больных, оперированных по поводу аневризмы сосудов головного мозга, помимо указанных факторов, следует учитывать радикальность операции, ее эффективность, срок, прошедший после операции, наличие послеоперационного дефекта черепа, динамику восстановления нарушенных функций в послеоперационном периоде.

Сроки временной нетрудоспособности после операции должны быть не менее 2—3 мес. В ряде случаев больные нуждаются в продлении временной нетрудоспособности в связи с длительным лечением до операции, послеоперационными осложнениями. Основанием для направления больных на ВТЭК служат дефекты черепа, наличие противопоказанных факторов в условиях производственной деятельности. Критерии установления II или I группы инвалидности у больных со значительно выраженными нарушениями функций соответствуют такому у неоперированных.

Важными этапами социальной и трудовой реабилитации больных с аневризмами головного мозга являются профессиональное обучение, переобучение, профессиональная ориентация и отбор.

Причиной инвалидности, как правило, является «общее заболевание». Однако необходимо учитывать, что разрыв аневризмы может быть спровоцирован чрезмерным физическим напряжением, черепно-мозговой травмой, интоксикацией. Кроме того, черепно-мозговая травма может явиться причиной возникновения аневризмы вследствие повреждения стенки сосуда. Поэтому при наличии соответствующих документов, сведений из медицинских учреждений в ряде случаев причиной инвалидности может быть «трудовое увечье» либо «ранение, конгузия, увечье или заболевание, полученные в период прохождения военной службы».

### ВТЭ ПРИ ПОСТГРИППОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ<sup>1</sup>

Поражение нервной системы при гриппозной инфекции в большинстве случаев протекает благоприятно и заканчивается выздоровлением. В то же время ряд неврологических симптомов, появившихся на фоне гриппа, длительно сохраняется, иногда нарастая в интенсивности. У некоторых больных неврологические симптомы развиваются впервые через определенный промежуток времени после острого периода гриппа, что бывает обусловлено продуктивным процессом в оболочках мозга и нарушениями ликвородинамики.

Наиболее частым постгриппозным осложнением является астеническое состояние с признаками вегетативно-сосудистой дистонии. Большинство таких больных после лечения возвращаются к трудовой деятельности и, как правило, на ВТЭК не направляются. В отдельных случаях при затянувшейся астении больным недоступна работа, связанная со значительным нервно-психическим и физическим напряжением, предписанным темпом. При необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации больные признаются инвалидами III группы.

Трудоспособность больных, страдающих постгриппозным церебральным арахноидитом, нарушается чаще всего в связи с развитием гипертензионного синдрома с ликвородинамическими нарушениями, эпилептических припадков, обычно сочетающихся с астеническими проявлениями (подробнее см. стр. 364).

Частыми клиническими формами являются гриппозные энцефалиты и менингоэнцефалиты с преимущественным поражением ствола мозга и гипоталамуса. Обычно они возникают на 5—7-й день от начала заболевания гриппом и у многих больных протекают благоприятно с постепенным уменьшением выраженности или исчезновением очаго-

<sup>1</sup> См. литературу № 13—15.

вых симптомов. Продолжительность временной нетрудоспособности колеблется от нескольких недель до 4 мес. В случаях, когда наблюдаются значительный регресс неврологической симптоматики и тенденция к полному или частичному восстановлению нарушенных функций, целесообразно продление лечения по больничному листку свыше 4 мес. При легких нарушениях функций и наличии противопоказанных факторов в условиях труда рациональное трудоустройство больных осуществляется по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

У некоторых больных стойкие нарушения функций сохраняются продолжительное время или заболевание принимает ремиттирующий характер течения. У больных в подобных случаях развиваются выраженные неврологические синдромы, в частности дизцефальный, вестибулярно-мозжечковый, экстрапирамидный, обуславливающие ограничение либо полную утрату трудоспособности. Основанием для определения I группы инвалидности у больных с гриппозным поражением центральной нервной системы следует считать полную слепоту или ограничение поля зрения до  $5-10^\circ$  вследствие атрофии зрительных нервов, а также выраженные нарушения двигательных функций, обусловленные пирамидными и экстрапирамидными расстройствами.

Основанием для установления II группы инвалидности являются стойкое и резко выраженное астеническое состояние, частые эпилептические припадки, тяжелые вегетативно-висцеральные пароксизмы, значительные liquorодинамические нарушения с гипертензионными кризами, тяжелые стойкие вестибулярные расстройства и нарушения зрительных функций. Несмотря на стойкий характер нарушений функций у некоторых больных, признаваемых нетрудоспособными, через 3-4 года наступает улучшение самочувствия, и часть из них приступают к работе. Вместе с тем больные с ремиттирующим и прогрессивным течением заболевания, при частых и тяжелых обострениях, отсутствии эффекта от проводимой терапии признаются нетрудоспособными.

При резко выраженных нарушениях функций больные могут сохранить трудоспособность в показанных профессиях и условиях труда. В тех случаях, когда возникает необходимость перевода больных на работу более низкой квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, им должна быть установлена III группа инвалидности.

Экспертиза трудоспособности лиц, перенесших гриппозный энцефалит или менингоэнцефалит в детстве, имеет определенные особенности. Характерным в подобных случаях является сочетание очаговой неврологической симптоматики (центральные гемипарезы, гиперкинезы, эпилептические припадки, нарушение слуха) с изменениями психики (дебильность, психопатия и др.). Приспособляемость больных к имеющемуся дефекту тем выше, чем меньше выражены психические нарушения. В случае сочетания значительных двигательных и психических расстройств больные признаются инвалидами II группы, а при необходимости постоянного постороннего ухода или надзора — инвалидами I группы. Достаточная компенсация двигательных расстройств, редкие эпилептические припадки не препятствуют выполнению работы в облегченных условиях, и больные признаются инвалидами III группы.

Причиной инвалидности у больных, перенесших гриппозную инфекцию, чаще всего является «общее заболевание» или «инвалидность с детства». Лицам молодого возраста в необходимых случаях нужно



рекомендовать приобретение новой профессии. В целом при трудоустройстве следует учитывать характер нарушений функций и ведущий синдром (астенический и гипертензионный, эпилептические припадки, вестибулярные двигательные расстройства и т. п.). Больные могут выполнять работу мастера и механика по ремонту радио- и телеаппаратуры, бытовой техники, счетных и пишущих машин, мастера швейного и обувного производства, делопроизводителя и т. п.

### ВТЭ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕНИНГИТЕ<sup>1</sup>

Туберкулезный менингит в большинстве случаев является излечимым заболеванием. Однако у ряда больных, особенно в первые 2 года после начала заболевания, отмечаются различные нарушения нервной системы, которые могут существенно сказываться на трудоспособности больных. Следует учитывать также возможность рецидивов заболевания.

Временная нетрудоспособность больных может продолжаться до 10 мес. Больные, перенесшие туберкулезный менингит, как правило, должны направляться на ВТЭК. Неясность клинического прогноза, необходимость щадящего режима дают основание при первичном освидетельствовании признавать больных в большинстве случаев нетрудоспособными в обычных производственных условиях (инвалидами II группы). Больным, у которых наблюдаются рецидивы менингита, тяжелое поражение нервной системы и других органов, что диктует необходимость постоянного постороннего ухода, устанавливается I группа инвалидности.

При отсутствии выраженных нарушений нервной системы, а также поражения внутренних органов, при возможности предоставления облегченных условий работы лица умственного труда могут быть признаны ограниченно трудоспособными (инвалидами III группы).

В дальнейшем вопрос о состоянии трудоспособности решается в зависимости от характера и степени нарушения функций, профессии больного, других социальных факторов. После выздоровления с полным восстановлением нарушенных функций больные могут приступить к учебе или трудовой деятельности с ограничениями в случае необходимости по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Нерезко выраженные последствия туберкулезного менингита — астенический синдром, умеренные органические изменения психики, легкие двигательные и вестибулярные расстройства, ликвородинамические нарушения в стадии компенсации и др. — могут вызывать необходимость изменения условий труда, переквалификации, переобучения больных и определения им III группы инвалидности на период рационального трудоустройства. В дальнейшем больные признаются трудоспособными.

Тяжелые последствия перенесенного менингита (гемипарезы, нарушения зрения, выраженные ликвородинамические расстройства, частые эпилептические припадки, выраженные органические изменения психики) служат основанием для установления больным II группы инвалидности. Если такие больные нуждаются в постоянном постороннем уходе или надзоре, им определяется I группа инвалидности.

Больные, перенесшие туберкулезный менингит в молодом возрасте и не имевшие к моменту заболевания профессии, через 2 года от начала

<sup>1</sup> См. литературу № 16.

заболевания могут быть направлены на обучение в соответствующие состоянию их здоровья профтехшколы, средние и высшие учебные заведения. В течение всего периода обучения такие больные должны признаваться ограниченно трудоспособными. Причиной инвалидности у больных, перенесших туберкулезный менингит, является «инвалидность с детства» или «общее заболевание».

### ВТЭ ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ<sup>1</sup>

Клещевой вирусный энцефалит может закончиться полным выздоровлением либо наблюдаются резидуальные симптомы и переход в хроническое течение. При хроническом течении клещевого вирусного энцефалита патологический процесс может стабилизироваться и летальные исходы редки.

Временная нетрудоспособность больных возникает во всех случаях острого течения вирусного клещевого энцефалита, при обострениях хронической формы и срыве компенсации в периоде исходов. Продолжительность временной нетрудоспособности в острой фазе зависит от формы заболевания (менингеальной, паралитической) и колеблется от 1 до 4 мес. При очаговых формах (полиомиелитической, церебральной и др.) с тенденцией к восстановлению нарушенных функций целесообразно продление лечения по больничному листку до 6—7 мес. В случае хронического течения заболевания или при декомпенсации в периоде исходов больничный листок выдается на время обострения. На ВТЭК направляются больные с выраженным нарушением функций.

Основанием для определения I группы инвалидности являются грубые нарушения интеллекта (деменция), глубокие тетрапарезы или параплегии верхних конечностей, резко выраженные распространенные гиперкинезы при хроническом течении, когда больные нуждаются в постоянном постороннем уходе или надзоре. Больным с выраженными парезами в трех конечностях, пара- и гемипарезами, частыми эпилептическими припадками на фоне гиперкинеза (кожевниковская эпилепсия), выраженным стойким астеническим состоянием устанавливается II группа инвалидности. Нетрудоспособными признаются также больные в хронической стадии заболевания при быстро нарастающей неврологической симптоматике.

Больным с гиперкинезом в одной конечности, редкими эпилептическими припадками или нарколептическими приступами, умеренно выраженными парезами верхних конечностей, нуждающимся в значительном уменьшении объема производственной деятельности, определяется III группа инвалидности. Им показаны все виды квалифицированного и малоквалифицированного труда, связанного с легким физическим и нервно-психическим напряжением, в благоприятных метеорологических условиях. Вопросы трудоустройства и профессиональной реабилитации решаются индивидуально в зависимости от возраста больного, его образования, профессионального опыта, характера нарушенных функций (парезы, гиперкинезы, эпилептические припадки и т. п.).

Важным разделом экспертизы трудоспособности больных клещевым вирусным энцефалитом является определение социальной причины инвалидности. При наличии соответствующих медицинских и эпидемиологических сведений у лиц определенных профессий (работники геологоразведочных, топографо-геодезических и лесоустroительных

<sup>1</sup> См. литературу № 17.

организаций, лесорубы и т. п.) причиной инвалидности является «профессиональное заболевание», в остальных случаях — «общее заболевание».

## ВТЭ ПРИ НЕЙРОРЕВМАТИЗМЕ<sup>1</sup>

Поражение нервной системы, наблюдающееся у 15—30 % больных ревматизмом, может приводить к временной или постоянной утрате либо снижению трудоспособности, являясь при этом ведущим в клинической картине болезни. В соответствии с классификацией ревматических поражений нервной системы выделяются две основные клинические формы мозгового ревматизма: церебральная сосудистая и энцефалитическая. Церебральная сосудистая форма может проявляться тромбозом артерий мозга, субарахноидальным или паренхиматозным кровоизлиянием, эмболией, преходящим нарушением мозгового кровообращения типа транзиторной ишемии. Этим расстройством, возникающим на почве ревмоваскулита, способствует декомпенсация сердечной деятельности. Энцефалитическая форма может проявляться ревматическим энцефалитом и менингоэнцефалитом, церебральным арахноидитом и другими, реже встречающимися синдромами.

Клинический и трудовой прогноз больных нейроревматизмом определяется характером поражения нервной системы, клапанного аппарата сердца, миокарда и коронарных артерий, суставов, почек и других органов и систем, активностью ревматического процесса, его течением, возрастом больного и социальными факторами. На основании комплексного обследования больного, включающего оценку соматического, неврологического, психического статуса, использования результатов электрофизиологических, биохимических, иммунологических методов исследования может быть установлен развернутый клинический диагноз и с учетом социальных факторов правильно решен вопрос о трудоспособности больного, а также мерах социально-трудовой реабилитации.

Больным с нейроревматизмом противопоказана работа, связанная со значительным, а в ряде случаев — длительным умеренным физическим напряжением, выраженным нервно-психическим напряжением, а также воздействием неблагоприятных микроклиматических факторов (сырость, высокая или низкая температура на рабочем месте, сквозняки и т. д.), токсических веществ.

Критериями определения I группы инвалидности при нейроревматизме следует считать последствия перенесенного инсульта, проявляющиеся резко выраженными расстройствами двигательной функции конечностей (гемиплегия, гемипарез), речи (тотальная, сенсорная, моторная афазия), статки и координации движений. Критериями определения II группы инвалидности служат частые преходящие нарушения мозгового кровообращения на фоне активно текущего ревматического процесса; последствия инсульта или ревматического энцефалита с грубыми расстройствами двигательной функции конечностей (гемипарез), речи (сенсорная, моторная, амнестическая афазия), вегетативно-сосудистым синдромом дизэнцефального генеза с частыми и тяжелыми кризами, гипертензионным синдромом с выраженными нарушениями ликвородинамики, тяжелыми вестибулярно-мозжечковыми расстройствами, выраженным стойким гиперкинетическим синдромом, органическими изменениями психики, выраженным стойким

<sup>1</sup> См. литературу № 18.

астеническим синдромом на фоне других проявлений нейроревматизма. Критериями определения III группы инвалидности являются: умеренные или легко выраженные нарушения функций, проявляющиеся ликвородинамическими, вестibuлярно-мозжечковыми, дисцифальными, экстрапирамидными расстройствами, нарушением двигательной функции конечностей (гемипарез), расстройством речи (элементы моторной, амнестической афазии), эпилептическими припадками и т. п., если они препятствуют выполнению работы по основной специальности, а рекомендуемое трудовое устройство ведет к снижению квалификации или значительно уменьшению объема производственной деятельности по основной профессии.

Ревматизмом обычно заболевают дети и лица молодого возраста, поэтому важными звеньями в комплексной системе социально-трудовой реабилитации являются профессиональная ориентация, профессиональное обучение с приобретением профессии, показанной по состоянию здоровья. При этом необходим дифференцированный подход к больным с учетом течения ревматического процесса, характера поражения сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма. Инвалидам могут быть рекомендованы следующие профессии для обучения и переквалификации: бухгалтер, делопроизводитель, архивариус, мастер и механик по ремонту бытовой техники, счетных, пишущих машин и др. Важным элементом реабилитации инвалидов являются функционально-восстановительные мероприятия, включающие противоревматическую терапию, физиотерапию, массаж, лечебную гимнастику, санаторно-курортное лечение и трудотерапию.

### ВТЭ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ<sup>1</sup>

Среди демиелинизирующих болезней центральной нервной системы рассеянный склероз по распространенности и тяжести поражений занимает одно из первых мест и часто приводит к инвалидности. Заболевание встречается преимущественно у лиц молодого, наиболее работоспособного возраста (20—40 лет).

Основой решения вопроса о состоянии трудоспособности больных является точная диагностика рассеянного склероза, который нередко имитирует другие формы поражения центральной нервной системы. Для рассеянного склероза характерно прогрессирующее течение, чаще с ремиссиями, нестойкость и изменчивость клинической симптоматики, группировка симптомов по определенным системам (преимущественно пирамидные, стволово-мозжечковые, оптические расстройства), феномен клинической диссоциации. Кроме того, при определении состояния трудоспособности больных необходимо правильно оценивать степень нарушения функций. При этом следует учитывать возможность несоответствия между степенью выраженности органической симптоматики, в частности пирамидных знаков и нарушением функций.

Сроки временной нетрудоспособности зависят от тяжести обострений и характера течения рассеянного склероза. Больничный листок выдается на период обострения до выяснения исхода и клинико-трудового прогноза. После окончания лечения необходимо решить вопрос о возможности возвращения больного к труду в своей профессии либо необходимости соответствующих ограничений по заключению

<sup>1</sup> См. литературу № 19.

ВКК. На ВТЭК направляются больные при отсутствии эффекта от лечения, сомнительном или неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе, медленном и неполном восстановлении нарушенных функций, а также больные с умеренными расстройствами в случае необходимости изменений условий их труда, что бывает связано со снижением квалификации. Как правило, решение о стойкой утрате трудоспособности или ее снижении выносится по окончании обострения или с учетом его продолжительности, обычно не ранее 3—4 мес.

В начальной стадии рассеянного склероза больные, работающие в показанных профессиях, сохраняют трудоспособность. Если работа связана с физическим напряжением, длительным пребыванием на ногах, напряжением зрения и др., больные нуждаются в создании облегченных условий труда. Если перевод на другую работу связан со значительным снижением квалификации, больным устанавливается III группа инвалидности.

Основанием для определения II группы инвалидности чаще всего являются выраженный нижний парапарез, атаксия, тяжелые нарушения зрительных функций. Нетрудоспособными признаются также больные с быстрым прогрессированием процесса, у которых одно обострение следует за другим.

При развитии паралича, резко выраженного нижнего парапареза или тетрапареза, часто сочетающихся с атаксией, при грубом мозжечково-экстрапирамидном гиперкинезе, слепоте определяется I группа инвалидности.

Больным с выраженными и резко выраженными двигательными или зрительными нарушениями, если они проходят освидетельствование во ВТЭК в течение 4 лет, группа инвалидности устанавливается бессрочно. Причиной инвалидности у больных рассеянным склерозом чаще всего является «общее заболевание», реже — «заболевание, полученное в период прохождения военной службы».

### ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРИОБРЕТЕННОМ НЕЙРОТОКСОПЛАЗМОЗЕ<sup>1</sup>

Хронический приобретенный нейротоксоплазмоз может проявляться в различных клинических формах: энцефалита, энцефаломиелита, энцефаломислополирадикулита, церебрального арахноидита, полиневрита, вегетативно-сосудистой дистонии. Однако значительно чаще других встречается хронический энцефалит (около 80% случаев).

Различают ремиттирующее, прогрессивное, регрессирующее, стационарное течение хронического приобретенного нейротоксоплазмоза. Решающее значение в диагностике заболевания имеют иммунологические реакции (РСК, РФА и др.), положительная внутгрикожная аллергическая проба. Учитываются данные эпидемиологического и акушерского анамнеза. Ценно выявление внутримозговых кальцификатов.

При экспертизе трудоспособности принимаются к сведению характер клинических проявлений нейротоксоплазмоза, степень выраженности нарушения функций, течение заболевания, эффективность противотоксоплазменной терапии, социальные факторы.

В острой стадии и в период обострения хронического приобретенного нейротоксоплазмоза больные подлежат активному лечению и являются временно нетрудоспособными. Продолжительность лечения зависит от эффективности патогенетической терапии, степени оста-

<sup>1</sup> См. литературу № 20.

новления нарушенных функций. В период обострения она составляет 20—40 дней, иногда 3—4 мес. При благоприятном течении заболевания, отсутствии выраженных общемозговых и очаговых нарушений нервной системы больные могут вернуться к труду по специальности. Если работа связана со значительным физическим или нервно-психическим напряжением, предписанным темпом, пребыванием на высоте, в условиях высокой температуры и т. п., больные должны быть переведены на другую, показанную по состоянию здоровья, работу. В ряде случаев это может быть осуществлено по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Однако при снижении квалификации больных, необходимости в значительном уменьшении объема производственной деятельности, а также ограниченных возможностях трудового устройства лиц малой квалификации или ранее не работавших, у которых имеются умеренно выраженные вегетативные, вегетативно-сосудистые, двигательные или психические расстройства, гипертензионный синдром, эпилептические припадки, препятствующие выполнению работы по основной профессии, — определяется III группа инвалидности.

Больным с выраженными расстройствами двигательных функций, амиостатическим синдромом, частыми и тяжелыми вегетативно-сосудистыми нарушениями при дисцефальном синдроме, частыми эпилептическими припадками, выраженными нарушениями зрительных функций устанавливается II группа инвалидности. При резко выраженных органических изменениях психики со снижением интеллекта больные признаются инвалидами I группы.

Причиной инвалидности является «общее заболевание» или «профессиональное заболевание» (у медицинских работников инфекционных отделений, ветеринарного персонала).

## ВТЭ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА<sup>1</sup>

Клинические проявления последствий черепно-мозговых травм характеризуются сочетанием различных неврологических и психопатологических синдромов, вегетативных, сосудистых, соматических и других расстройств.

В посттравматическом периоде выделяют регрессирующее (15% случаев) со стойкой стабилизацией патологического процесса; ремитирующее (66% случаев) и прогрессирующее (19% случаев) течение заболевания. Прямой зависимости между характером течения болезни в посттравматическом периоде и тяжестью перенесенной черепно-мозговой травмы не отмечается. На течение заболевания влияют проведенные на различных этапах болезни мероприятия по медицинской и профессиональной реабилитации, а также индивидуальные особенности личности и факторы социальной среды. Ремитирующему и прогрессирующему течению способствуют психотравмирующие ситуации, повторные черепно-мозговые травмы, инфекции и интоксикации, атеросклероз церебральных сосудов, неблагоприятные условия труда. Прогрессирующий характер течения может отмечаться вскоре после перенесенной травмы, но чаще он формируется после периода регрессирующего течения. При этом наблюдаются нарастающие выраженности органической симптоматики, в частности экстрапирамидной, дисцефальных и нейросоматических расстройств, появление или

<sup>1</sup> См. литературу № 21—26.

учащение эпилептических припадков, усиление органических изменений психики.

Клинический и трудовой прогноз у больных, перенесших черепно-мозговую травму, во многом определяется сроками временной нетрудоспособности. Неблагоприятное течение заболевания связано с нарушением лечебно-охранительного режима в остром и подостром периодах травмы.

Рекомендуется придерживаться следующих минимальных сроков стационарного лечения и временной нетрудоспособности: при сотрясении головного мозга легкой степени продолжительность стационарного лечения должна составлять не менее 2 нед; общая продолжительность временной нетрудоспособности — не менее 1 мес; при сотрясении средней степени — соответственно не менее 3—4 нед и 1,5—2 мес; при тяжелом сотрясении — соответственно 1—1,5 мес и 3—4 мес. Минимальные сроки стационарного лечения лиц, перенесших ушиб головного мозга, составляют 1—2 мес и более, а общая длительность временной нетрудоспособности — 3—4 мес. В случае неблагоприятного клинического и трудового прогноза, когда, несмотря на комплексное лечение, остаются выраженные двигательные, афатические и другие корковые расстройства, больных следует направлять на ВТЭК в ранние сроки после черепно-мозговой травмы.

На продолжительность временной нетрудоспособности существенно влияние, кроме того, оказывают социальные факторы. В ряде случаев создание на 4—6 мес и более облегченных условий труда по заключению ВКК лечебно-профилактического учреждения способствует частичной или полной компенсации патологического процесса и восстановлению трудоспособности больных.

В течение первого года после черепно-мозговой травмы инвалидами, как правило, становятся лица, перенесшие тяжелое сотрясение, ушиб, проникающее ранение черепа и головного мозга. В более поздние сроки состояние трудоспособности во многом определяется течением травматического процесса, характером и степенью выраженности нарушенных функций, а также социальными факторами. Нередко относительно легкая травма головного мозга приводит к значительным расстройствам функции в отдаленном периоде и, как следствие этого, инвалидности.

В ближайший после травмы период основанием для установления больным I группы инвалидности являются гемиплегия, грубые гемипарезы, афазия, агнозия, амнезия, выраженные ликвородинамические и психические нарушения и т. п. Инвалидами II группы признаются больные, перенесшие тяжелую или средней степени тяжести черепно-мозговую травму с выраженными вегетативно-сосудистыми, вестибулярными, ликвородинамическими расстройствами, реже с очаговыми нарушениями (гемипарез, афазия, психические расстройства). Инвалидами III группы признаются больные, у которых умеренно выраженные или легкие нарушения функций с учетом общеобразовательной и специальной подготовки, характера и условий работы и др. требуют значительного ограничения или прекращения трудовой деятельности в своей прежней профессии и перевода по состоянию здоровья на работу более низкой квалификации.

Причинами снижения или утраты трудоспособности больных в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы могут быть вегетативно-сосудистый, вестибулярный, гипертензионный, эпилептиформный, корковый, очаговый, экстрапиримидный, дисцефальный синдромы, церебральный арахноидит, нарушения психических функций на фоне

ремиттирующего или прогрессивного течения последствий травмы головного мозга.

Вегетативно-сосудистый синдром, в частности посттравматическая гипертония, обуславливает наступление инвалидности I группы в случаях тяжелых сосудистых осложнений (мозговой инсульт, обширный инфаркт миокарда). Выраженный вегетативно-сосудистый синдром с частыми и тяжелыми вегетативно-сосудистыми пароксизмами на почве симпатической артериальной гипертонии, нарушением сердечной деятельности служит основанием для признания больных инвалидами II группы. Умеренно или легко выраженный вегетативно-сосудистый синдром при необходимости перевода на работу более низкой квалификации является причиной определения больным III группы инвалидности. Больным с вегетативно-сосудистым синдромом противопоказан труд, связанный со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, воздействием вибрации, токсических веществ, неблагоприятными микроклиматическими условиями.

Вестибулярный синдром с частыми (4 и более раз в месяц) и тяжелыми приступами головокружения, сопровождающимися выраженными вегетативно-сосудистыми реакциями, является причиной нетрудоспособности больных в обычных производственных условиях. Умеренно выраженные и легкие вестибулярные расстройства нередко ограничивают трудоспособность лиц, работающих на высоте (монтажник, строительные рабочие, маляр и т. п.), у движущихся механизмов (токарь, фрезеровщик, ткачиха и т. п.), на конвейере, а также лиц водительских профессий.

Гипертензионный синдром ремиттирующего или прогрессивного течения, обычно наблюдающийся у больных с посттравматическим церебральным арахноидитом, с частыми (3—4 и более раз в месяц) и тяжелыми гипертензионными кризами приводит к инвалидности II группы. Причиной утраты трудоспособности могут явиться грубые нарушения функций зрения, вестибулярно-мозжечковые и другие расстройства (подробнее см. стр. 364). Умеренно выраженный или легкий гипертензионный синдром, сочетающийся с вестибулярными и другими расстройствами, может быть причиной ограничения трудоспособности больных. При этом противопоказанными факторами в работе являются значительное физическое напряжение, воздействие шума и вибрации, токсических веществ, длительное вынужденное положение туловища и головы, неблагоприятные микроклиматические условия.

Корковый очаговый синдром, проявляющийся значительно выраженными двигательными, афатическими, апраксическими и другими расстройствами, является причиной установления инвалидности I или II группы. В частности, I группа инвалидности устанавливается при развитии стойкой гемиплегии, парализа, а также при сочетании тяжелого гемипареза с афазией или частыми эпилептическими приступами.

Умеренные расстройства корковых функций ограничивают трудоспособность лиц, не могущих продолжать работу в прежней профессии и нуждающихся в переводе на работу более низкой квалификации либо при необходимости значительного сокращения объема производственной деятельности.

Тяжелые посттравматические экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, гиперкинезы) являются основанием для признания больных инвалидами I и II групп. Легкие или умеренные проявления паркинсонизма, а также локальные гиперкинезы, с учетом характера



выполняемой работы и условий труда, могут явиться причиной ограничения трудоспособности больных.

При экспертизе трудоспособности больных с эпилептиформным синдромом учитываются характер приступов, их частота и тяжесть, выраженность сопутствующих расстройств психических функций, динамика судорожного синдрома, специфика выполняемой работы. Большие судорожные припадки свыше 4 раз в месяц в сочетании с органическими изменениями психики приводят к полной утрате трудоспособности. Основанием для определения III группы инвалидности являются эпилептические припадки, возникающие 1—4 раза в месяц и реже, у лиц водительских профессий, работающих у движущихся механизмов, на высоте, в профессиях с психическим напряжением и т. п. (подробнее см. стр. 367).

Состояние трудоспособности больных с дисцифальным синдромом травматической этиологии во многом зависит от его формы, других нарушений функций (критерии определения групп инвалидности у больных с дисцифальным синдромом см. на стр. 356).

Расстройства психической функции часто определяют состояние трудоспособности больных в отдаленном посттравматическом периоде. Значительно выраженный астенический синдром может стать причиной полной утраты трудоспособности больных. Умеренно выраженный астенический синдром приводит к ограничению трудоспособности больных, работа которых связана со значительным умственным и физическим напряжением, предписанным темпом, длительной концентрацией внимания и т. п., при необходимости перевода на работу более низкой квалификации или значительного сокращения объема производственной деятельности по основной профессии.

У больных с ипохондрическим или психопатоподобным синдромом компенсаторные механизмы формируются плохо. При сочетании с астеническими, вегетативно-сосудистыми, вестибулярными расстройствами они нередко служат причиной ограничения трудоспособности больных.

Астеноорганический и психоорганический синдромы в зависимости от степени их выраженности также могут быть причиной ограничения или полной утраты трудоспособности больных в обычных производственных условиях.

В целом, основанием для установления III группы инвалидности при отдаленных последствиях травмы головного мозга являются умеренно или легко выраженные вегетативно-сосудистые, вестибулярные, ликвородинамические, двигательные, дисцифальные, соматические, психические расстройства на фоне стационарного или медленно прогрессирующего течения заболевания с редкими обострениями и длительными периодами устойчивой компенсации при необходимости перевода по состоянию здоровья на работу более низкой квалификации или значительного сокращения объема производственной деятельности по основной профессии. Кроме того, III группа инвалидности устанавливается лицам независимо от выполняемой работы, имеющим дефекты костей черепа размером более 3 × 1 см или при меньших размерах дефекта, если ранение в прошлом осложнялось внутричерепным гнойным процессом, а также больным с инородным телом в веществе мозга.

Основанием для определения II группы инвалидности являются прогрессирующее или рецидивирующее течение заболевания с частыми и длительными периодами декомпенсации, выраженные органические изменения психики, двигательные и речевые нарушения, вестибуляр-

ный и гипертензионный синдромы с частыми кризами, дисцефальный синдром с частыми, тяжелыми вегетативно-висцеральными пароксизмами и выраженными эндокринно-обменными нарушениями, а также тяжелые соматические расстройства.

I группа инвалидности устанавливается лицам, нуждающимся в постоянном постороннем уходе или надзоре, у которых наблюдаются стойкие расстройства двигательных функций (гемиплегия, грубо выраженный гемипарез), речи (тотальная, сенсорная, моторная афазия), психики (травматическая деменция).

Помимо сказанного, при экспертизе трудоспособности больных с последствиями черепно-мозговой травмы необходимо учитывать характер и степень выраженности синдрома, нарушения общего функционального состояния нервной системы, развивающегося вследствие поражения неспецифических регуляторных систем мозга. Для уточнения характера и степени выраженности синдрома необходимы данные специальных исследований: количественные показатели состояния чувствительных, двигательных, вегетативных и психических функций, полученные с применением стандартных лабораторных нагрузок и объективной регистрацией нейрофизиологических процессов, а также данные экспериментально-психологического исследования. У 40 % больных выявляются нарушения общего функционального состояния по типу неврастенического синдрома, чаще гиперстенического, чем гипостенического его варианта. Довольно часто (у 25 % больных) наблюдаются астенический и ипохондрический синдромы.

Данные об общем функциональном состоянии позволяют оценивать адаптивные возможности центральной нервной системы к нагрузкам с нервно-психическим напряжением. Выделены 4 типа адаптивности, которые качественно характеризуют функциональные возможности центральной нервной системы при нагрузках, требующих нервно-психического напряжения. При I типе адаптивные возможности сохранены, противопоказаний к трудовым нагрузкам с нервно-психическим напряжением нет. При II типе адаптивности наблюдается плохая переносимость длительно действующих нагрузок. Больные признаются преимущественно ограниченно трудоспособными. При III типе адаптивности отмечается непереносимость даже легких нагрузок, а также снижение качества деятельности. Такие больные признаются ограниченно трудоспособными в профессиях со средней степенью напряженности труда. Больные со значительным снижением адаптивности (IV тип) в подавляющем большинстве не могут выполнять труд в обычных производственных условиях, однако в отдельных случаях им доступен малонапряженный труд, чаще всего на дому или в спеццехах.

Таким образом, при экспертизе трудоспособности лиц с последствиями черепно-мозговой травмы без грубых симптомов поражения головного мозга следует учитывать, что не все они могут выполнять труд, связанный с нервно-психическим напряжением.

Согласно Перечню заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно, больным со стойкими травматическими повреждениями головного мозга, проявляющимися резко выраженными двигательными нарушениями, афазией, прогрессирующей гидроцефалией, деменцией, группа инвалидности устанавливается без указания срока пересвидетельствования через 4 года после первичного освидетельствования во ВТЭК. При наличии обширного костного дефекта черепа или инородного тела в веществе мозга устанавливается III группа инвалидности без указания срока пересвидетельствования.

Социальная причина инвалидности у больных с черепно-мозговой травмой может быть различной — «общее заболевание», «трудовое увечье», «контузия, полученная при исполнении обязанностей военной службы» и др. Особые затруднения представляет определение причины инвалидности у лиц, перенесших контузию головного мозга на фронте в период Великой Отечественной войны, в связи с отсутствием документов, подтверждающих факт контузии. В этом случае вопрос решается в соответствии с Инструкцией от 3 июля 1975 г.<sup>1</sup>

Современные представления о клинике и течении заболевания в отдаленном посттравматическом периоде, роли черепно-мозговой травмы в патогенезе раннего атеросклероза, артериальной гипертонии, соматических и эндокринных расстройств, обострения хронически текущих компенсированных заболеваний (спрингомиелия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.) должны приниматься во внимание при решении вопроса о причинной связи инвалидности с перенесенной черепно-мозговой травмой. В частности, развитие атеросклероза сосудов головного мозга в относительно молодом возрасте, а также симптоматической артериальной гипертонии, эндокринно-обменных расстройств на фоне характерной для травматической болезни головного мозга клинической симптоматики находится в патогенетической связи с перенесенной черепно-мозговой травмой. Недоучет роли черепно-мозговой травмы в развитии указанных заболеваний и их осложнений нередко служит причиной диагностических и экспертных ошибок.

Больные, перенесшие черепно-мозговую травму, чаще являются лицами молодого и среднего возраста. Их профессиональная реабилитация осуществляется путем обучения и переобучения, рационального трудоустройства. Изучение фактического трудоустройства показывает, что больные работают в различных отраслях промышленности, сельского хозяйства, сфере обслуживания. Профессиональные перемещения чаще происходят у больных, выполняющих работу, связанную со значительным физическим или нервно-психическим напряжением, пребыванием на высоте, воздействием шума, вибрации, воздействием транспорта. Лица, работавшие до травмы в профессиях умственного труда, как правило, сохраняют трудоспособность. Однако в ряде случаев они нуждаются в значительном уменьшении объема производственной деятельности.

## **ВГЭ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ<sup>2</sup>**

Периферические нервы конечностей могут подвергаться воздействию различных травмирующих факторов. Травмы периферических нервов чаще наблюдаются в военное, чем в мирное, время и характеризуются наибольшей выраженностью патологических явлений в первые дни после повреждения. Нарастание симптомов служит указанием на продолжающееся сдавление нерва. Наиболее благоприятен прогноз при параличах и парезах, обусловленных временным сдавлением нерва. Клинический и трудовой прогноз при ранении нерва определяется

<sup>1</sup> «Инструкция о порядке установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте» № 1690-СН от 3 июля 1975 г.

<sup>2</sup> См. литературу № 27.

характером наступивших анатомических изменений, а также сопутствующим повреждением сосудов, мышц и костей, осложнениями.

Степень выраженности и продолжительность нарушения функций зависят от характера повреждения нерва. В частности, при сдавлении нервных волокон, обусловленном внутриволоковым кровоизлиянием, восстановление функций поврежденного нерва происходит в течение нескольких недель. Для восстановления функций после гибели нервных волокон (аксональный перерыв) требуется несколько месяцев.

В остром периоде травматического повреждения периферических нервов больные временно нетрудоспособны. Длительность лечения по больничному листку зависит от характера травмы. При тяжелых травмах временная нетрудоспособность продолжается до 3—4 мес. Отсутствие всяких признаков восстановления в течение 2—3 мес свидетельствует о полном анатомическом перерыве либо о наличии препятствий для регенерации аксонов. В подобных случаях необходима ревизия нерва. В более позднем периоде происходит частичное или полное восстановление функций поврежденного нерва и формирование компенсаторных механизмов.

Клинические проявления последствий травм периферических нервов в отдаленном периоде складываются из нарушения двигательных, чувствительных и вазомоторно-трофических функций конечностей.

Трудоспособность больных в отдаленном периоде после травмы периферических нервов снижается главным образом вследствие нарушения двигательных функций. При поражении периферических нервов верхних конечностей больные не могут выполнять работу, требующую тонких и точных движений пальцев (машинистка, часовой мастер, слесарь-сборщик, слесарь-лекальщик, оператор, пианист и др.), а также активного схватывания и удерживания различных предметов, особенно если необходимо одновременно пользоваться обеими руками. При переводе по состоянию здоровья на работу более низкой квалификации больные признаются ограниченно трудоспособными. При стойких и необратимых последствиях повреждений и заболеваний периферической нервной системы (согласно пункту «г») Инструкции по определению групп инвалидности) III группа инвалидности устанавливается независимо от выполняемой работы. К дефектам, которые дают основания для установления III группы инвалидности, относятся: «параличи кисти или верхней конечности, паралич нижней конечности, выраженный парез всей нижней или всей верхней конечности со значительными трофическими нарушениями (выраженная мышечная атрофия, хроническая трофическая язва)». При выраженном парезе конечностей отмечаются существенные ограничения объема активных движений во всех суставах; значительная атрофия мышц: плеча — свыше 4 см, предплечья — свыше 3 см, бедра — свыше 8 см, голени — свыше 6 см, а также атрофия мелких мышц кисти и стопы. Резко снижаются мышечная сила, тонус, нарушается функция конечности. В частности, парез верхних конечностей сопровождается расстройством основных функций (схватывания, удерживания, подьема тяжестей) при сохранении вспомогательных функций (поддерживания, прижатия). У лиц с выраженным парезом нижних конечностей значительно нарушена функция ходьбы и стояния, затруднен подъем и спуск по лестнице.

При исследовании электровозбудимости в подобных случаях отмечается полная или частичная реакция перерождения пораженных нервов и мышц.

Изолированные повреждения нервов верхних или нижних конечностей не влекут за собой развития пареза всей конечности. Однако повреждение плечевого нервно-сосудистого пучка может привести к парезу всей конечности, резкому нарушению функции схватывания и удерживания предмета кистью, что дает основание для определения больным III группы инвалидности по признаку «выраженного анатомического дефекта». В ряде случаев дефект, кроме значительного пареза кисти, проявляется развитием выраженной контрактуры пальцев в функционально невыгодном положении, что само по себе должно рассматриваться как выраженный дефект (см. пункт «г» раздела IV Инструкции по определению групп инвалидности).

Основанием для признания больных нетрудоспособными в обычных производственных условиях являются комбинированные поражения конечностей, например выраженные нарушения функций вследствие повреждения периферических нервов одной конечности и ампутанная кисть другой или выраженные нарушения функций вследствие повреждения периферических нервов двух конечностей (пункт «в» раздела III Инструкции по определению групп инвалидности).

При анатомическом дефекте группа инвалидности устанавливается бессрочно после 4 лет наблюдения за инвалидом во ВТЭК и лечебном учреждении. Больным с поражением периферических нервов верхних конечностей доступна работа нормировщика, браковщика и т. п., выполнение которой требует сохранения вспомогательных функций (поддерживание или прижатие предмета) поврежденной руки. При поражении нервов нижних конечностей трудоустройство больных встречает меньше затруднений. Им доступны работы, не связанные с физическим напряжением, длительной ходьбой и стоянием, частым подъемом и спуском по лестнице.

## ВГЭ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ<sup>1</sup>

Детский церебральный паралич является тяжелым инвалидизирующим заболеванием. Он возникает под влиянием различных этиологических факторов: гипоксия, инфекции, воздействие вредных экзогенных и эндогенных факторов на плод, родовая травма, асфиксия в родах. К детскому церебральному параличу как позологической форме относятся заболевания, начавшиеся исключительно в период внутриутробного развития, родов или новорожденности.

Клинические проявления заболевания разнообразны. В отдаленном периоде следует определять ведущий синдром и степень его выраженности, что важно для решения экспертных вопросов.

Двигательные нарушения резидуального периода выражаются в парезах, параличах по пара- и гемитипу, тетрапарезах. При двустороннем поражении центрального мотонейрона парезы преобладают на одной стороне, причем конечности отстают в росте, гипотрофичны. На верхних конечностях движения более ограничены в проксимальном отделе, движения кистью и пальцами замедлены. При нижних парапарезах повышение тонуса преобладает в приводящих мышцах, поэтому при ходьбе одна нога «заходит» за другую. Нередки контрактуры в коленных суставах, деформация стоп.

При гиперкинетической форме на первый план выступают гиперкинезы типа атетоза, хореоатетоза, хорей.

<sup>1</sup> См. литературу № 28.

Двигательные расстройства часто сочетаются со снижением интеллекта. У большинства больных отмечается задержка умственного развития или различная степень олигофрении. Определенной зависимости между формой паралича и степенью снижения интеллекта не отмечается. Выраженность интеллектуальных расстройств уточняется путем экспериментально-психологического исследования и учитывается при экспертизе трудоспособности больных. Правильной оценке состояния интеллекта могут препятствовать дефекты речи, чаще всего проявляющиеся в виде дизартрии. Возможны афазии (моторная, сенсомоторная), позднее развитие речи. Речевые нарушения следует учитывать при оценке трудового прогноза.

У больных с детским церебральным параличом уже в школьные годы должны быть определены возможности выбора профессии, специального обучения. Многие больные нуждаются в направлении на ВТЭК.

I группу инвалидности рекомендуется определять при имбецильности, афазии, резко выраженных двигательных нарушениях (глубокие тетрапарезы с контрактурами, тяжелый распространенный гиперкинез), так как больные в подобных случаях прикованы к постели, нуждаются в постоянной помощи и уходе.

II группа инвалидности устанавливается больным, которые из-за выраженных двигательных нарушений или значительного снижения интеллекта не могут выполнять работу в обычных производственных условиях. Обычно это больные с гемипарезами, тетрапарезами, гиперкинезами, сочетающимися с интеллектуальными расстройствами, нарушением речи.

III группу инвалидности определяют при гемипарезах, парализациях средней выраженности, легких гиперкинезах в случае срыва компенсации и необходимости перевода больных на работу меньшего объема по специальности или на другую доступную по состоянию здоровья работу более низкой квалификации. Таким больным противопоказан труд, связанный со значительным физическим напряжением, необходимостью участия обеих рук, длительной ходьбой или постоянным пребыванием на ногах, заданным темпом (на конвейере), в ночную смену.

Причиной инвалидности у больных детским церебральным параличом является «инвалидность с детства». При отсутствии документов о факте заболевания в детстве врачи ВТЭК могут определять причину инвалидности по косвенным признакам (отставание в росте паретичных конечностей, олигофрения, затрудняющая обучение в школе, и др.).

Медицинская и социальная реабилитация больных с детским церебральным параличом должна предусматривать проводимые с детства комплексные мероприятия, направленные на развитие двигательных и речевых функций, выработку бытовых и трудовых навыков. Приобретение квалифицированных профессий доступно больным с легкими и умеренно выраженными двигательными расстройствами и сохраненным интеллектом. Больные, обучавшиеся во вспомогательной школе, приобретают опыт работы по ремонту обуви и одежды, шитью несложных изделий и др. Это дает возможность ряду больных работать в обычных производственных условиях. При наличии умеренных парезов, легких гиперкинезов больным чаще бывает доступно выполнение малоквалифицированных подсобных работ.

## ВТЭ ПРИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ СПИННОГО МОЗГА<sup>1</sup>

Вопросы ВТЭ при доброкачественных экстрамедуллярных опухолях спинного мозга обычно решаются после их оперативного удаления. В послеоперационном периоде у 70—95% больных наблюдается регрессирующее течение с полным, значительным или частичным восстановлением нарушенных функций спинного мозга.

Клинический прогноз благоприятен при раннем и радикальном оперативном лечении и менее благоприятен, когда операция проводится в стадии глубоких парезов и параличей. Время, необходимое для восстановления утраченных функций спинного мозга после хирургического удаления опухоли, составляет от нескольких месяцев до 2 лет и более. Закономерной последовательности восстановления нарушенных функций спинного мозга обычно не наблюдается. При поражении спинного мозга выше конуса отмечается достаточно полное восстановление функции тазовых органов. В случае поражения конуса и конского хвоста расстройства мочеиспускания и дефекации восстанавливаются медленно и неполно.

В оценке трудоспособности больных, оперированных по поводу доброкачественных опухолей спинного мозга, важную роль играет определение характера и степени выраженности нарушенных функций, а также компенсаторных возможностей. Это достигается комплексным обследованием больных с использованием клинических и дополнительных методов исследования (рентгенография позвоночника, периферическая рсвозаография, электромиография и др.). К ограничению или полной утрате трудоспособности оперированных больных могут привести расстройства двигательной функции конечностей, чувствительности, тазовых функций, нарушения статодинамической функции позвоночника, стойкий болевой синдром и их сочетания.

Основной причиной, приводящей к ограничению или полной утрате трудоспособности, являются расстройства двигательной функции конечностей. Степень снижения трудоспособности больных определяется выраженностью этих расстройств, их распространенностью, состоянием мышечного тонуса, а также характером выполняемой работы и условиями труда.

Временная нетрудоспособность лиц, оперированных по поводу доброкачественных опухолей спинного мозга, чаще всего продолжается от 2 до 7 мес, т. е. в некоторых случаях ВТЭК продлевает лечение больных. При обратном развитии спинального компрессионного синдрома, отсутствии нарушения функций спинного мозга и статодинамической функции позвоночника больные после периода временной нетрудоспособности признаются трудоспособными. Больные должны быть освобождены от выполнения производственных операций, связанных с физическим напряжением, что может быть осуществлено по заключению ВКК лечебных учреждений. Стойкие и тяжелые нарушения функции спинного мозга после расширенной ламинэктомии, неясный клинический прогноз при частичном удалении опухоли или ее рецидивах, необходимость в существенном изменении характера работы и условий труда служат показаниями для направления больных на ВТЭК.

При нижней вялой или спастической параплегии, грубо выраженном нижнем паранарезе, плегии одной и резко выраженном парезе

<sup>1</sup> См. литературу № 29.

другой конечности, выраженном три- и тетрапарезе больные признаются нетрудоспособными, нуждающимися в постоянном постороннем уходе и помощи, т. е. инвалидами I группы. Основанием для установления II группы инвалидности являются вялый или спастический нижний парапарез, парез руки с преимущественным поражением дистального ее отдела в сочетании со спастическим нижним парапарезом, умеренно выраженный три- и тетрапарез, выраженный корешковый болевой синдром, тяжелые расстройства тазовых функций и мышечно-суставного чувства с сенситивной атаксией, рецидив опухоли с нарастающей клинической симптоматикой. Согласно Перечню (см. стр. 553), больным со стойкими, резко выраженными двигательными нарушениями (паралич или парапарез), тяжелыми расстройствами функций тазовых органов, а также неоперабельными новообразованиями спинного мозга I или II группа инвалидности устанавливается без указания срока пересвидетельствования.

Основанием для установления III группы инвалидности являются умеренно или легко выраженные нарушения двигательных функций конечностей (моно-, пара- и трипарезы) и статодинамической функции позвоночника, умеренно выраженный болевой синдром и расстройство мышечного тонуса, нерезкие нарушения функции тазовых органов, протяженные дефекты позвоночника после ламинэктомии с умеренным нарушением статодинамической функции позвоночника, необходимость перевода на работу более низкой квалификации или изменений условий труда в прежней профессии со значительным сокращением объема производственной деятельности. Больным противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением, длительным вынужденным положением тела, в неблагоприятных микроклиматических условиях и т. п.

Рациональное трудоустройство является важным звеном реабилитации больных, оперированных по поводу опухоли спинного мозга. Профессиональная реабилитация больных с моно- и парапарезами осуществляется путем обучения в техникумах и профтехучилищах системы Министерства социального обеспечения, индивидуального и бригадного переобучения. Круг доступных профессий весьма широк. Инвалиды I группы во многих случаях могут выполнять работу в специально созданных условиях, на предприятиях, применяющих труд инвалидов, в спеццехах или на дому.

Важную роль в реабилитации инвалидов с нижним парапарезом, параличом или выраженным парезом одной нижней конечности играет снабжение их велоколяской или мотоколяской с ручным управлением (см. стр. 542).

### ВТЭ ПРИ СИРИНГОМИЕЛИИ<sup>1</sup>

Сирингомиелия чаще всего выявляется у лиц в возрасте 20—40 лет, но может возникать и раньше. Неблагоприятные факторы внешней среды, а также травмы, физическое перенапряжение, интоксикации могут способствовать проявлению заболевания.

Наиболее ранним симптомом является нарушение болевой и температурной чувствительности, в результате чего больные часто получают глубокие ожоги. Диссоциированные расстройства чувствительности влияют на состояние трудоспособности больных в связи с возникающей

<sup>1</sup> См. литературу № 30.



в ряде случаев необходимостью изменить условия труда (опасность ожогов, отморожений).

Нарушения двигательных функций наблюдаются у 80 % больных. Часто встречаются периферические парезы рук, сопровождающиеся атрофией мышц. Проводниковые двигательные расстройства с парезом нижних конечностей обычно нерезко выражены и чаще наблюдаются в далеко зашедшей стадии заболевания. Двигательные расстройства в верхних конечностях существенно влияют на трудоспособность больных в профессиях ручного труда, а при нижних парезах — в профессиях, связанных с длительным пребыванием на ногах или ходьбой.

Трофические расстройства кожи, подкожной клетчатки, мышц, костей, суставов приводят к нарушению функции пальцев, патологическим переломам, остеоартропатиям. Они влияют на трудоспособность больных, особенно в профессиях, требующих тонких точных движений пальцев, а также связанных с физическим напряжением.

Течение заболевания отличается медленным прогрессирующим на протяжении 20—30 лет. Возможна продолжительная стабилизация процесса, в частности после рентгенотерапии. Развитие синингобульбии ухудшает клинический и трудовой прогноз.

При начальных признаках заболевания с преобладанием чувствительных расстройств вопросы экспертизы трудоспособности решаются в зависимости от характера выполняемой работы. Лица легкого физического и умственного труда являются трудоспособными и в случае необходимости изменения условий труда могут быть осуществлены по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Если перевод на другую работу связан со снижением квалификации либо больные по состоянию здоровья нуждаются в существенном изменении характера работы или условий труда в прежней профессии, устанавливается III группа инвалидности. Больные с прогрессирующим течением синингомиелии, у которых отмечается сочетание чувствительных, трофических и двигательных расстройств, значительно выраженный парез рук, нижний парапарез, бульбарные симптомы, признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях (инвалидами II группы).

В постоянном постороннем уходе нуждаются больные с глубоким парезом (параличом) верхних или нижних конечностей, выраженными бульбарными расстройствами. Им при освидетельствовании во ВГЭК определяется I группа инвалидности. При резко выраженных двигательных нарушениях группа инвалидности может быть установлена бессрочно после 4-летнего наблюдения (согласно Перечню).

Больные синингомиелией нуждаются в профессиональной реабилитации с приобретением профессии, в которой они могут длительно трудиться. В случае позднего выявления заболевания при невозможности переобучения рекомендуется рациональное трудоустройство с использованием имеющихся трудовых навыков.

## ВГЭ ПРИ МИАСТЕНИИ<sup>1</sup>

Миастения характеризуется патологической мышечной утомляемостью, в основе которой лежит нарушение проводимости в нервно-мышечном синапсе. Нарушение двигательной активности ограничивает,

<sup>1</sup> См. литературу № 31.

а в тяжелых случаях делает невозможной трудовую деятельность больных.

Миастенией заболевают главным образом лица в возрасте до 40 лет, причем женщины в 2 раза чаще, чем мужчины. Ведущим симптомом является патологическая мышечная утомляемость, обусловленная избирательным или преимущественным поражением отдельных мышц (экстраокулярных, верхних конечностей). Локализация поражения мышц обычно не соответствует зоне иннервации двигательных нервов. Характерны лабильность клинической симптоматики в течение нескольких часов или дней, усиление утомляемости при эмоциональных воздействиях, инфекции, в различные фазы менструального цикла и др., а также уменьшение утомляемости вплоть до полного восстановления функций мышц при приеме антихолинэстеразных препаратов.

При экспертизе трудоспособности больных учитываются характер течения миастении, степень генерализации двигательных нарушений и их тяжесть, эффективность лечения, социальные факторы (профессия, условия труда и др.).

По характеру течения миастении выделяют злокачественную, прогрессирующую, стационарную формы заболевания и миастенические эпизоды. Злокачественная форма встречается редко, характеризуется острым началом, быстрым прогрессированием с вовлечением в процесс новых мышечных групп, развитием бульбарных и дыхательных нарушений в течение первых недель заболевания. Наиболее часто встречается прогрессирующая форма, которая отличается постепенным началом и развитием болезни в течение нескольких лет. Стационарной форме свойственна постоянная в течение многих месяцев или лет патологическая мышечная утомляемость и слабость с небольшими колебаниями выраженности симптомов. Миастенические эпизоды проявляются быстро проходящими двигательными нарушениями миастенического типа.

По степени генерализации двигательных расстройств следует выделять генерализованную и локальную (глазную, бульбарную, лицевую, туловищную) формы миастении. Генерализованная форма может протекать без бульбарных расстройств, но с нарушением дыхания и развитием периодических дыхательных кризов.

По степени выраженности двигательных расстройств выделяют легкую, средней тяжести и тяжелую формы миастении.

Специфической особенностью миастенических двигательных нарушений является их обратимость после введения антихолинэстеразных препаратов. По интенсивности восстановления нарушенных двигательных функций после введения оптимальной для больного дозы прозерина выделяют полную, неполную (достаточную) и плохую степень компенсации. При последней наблюдается лишь незначительное улучшение после введения антихолинэстеразных препаратов, а истощаемость двигательной функции настолько велика, что больные остаются в тяжелом состоянии и в ряде случаев нуждаются в посторонней помощи и уходе. Решая вопросы врачебно-трудовой экспертизы, необходимо учитывать, что степень компенсации не пропорциональна тяжести процесса. Нередко у больных с тяжелыми генерализованными двигательными расстройствами наступает полное восстановление функций после введения оптимальной дозы прозерина.

На ранней стадии заболевания при систематической патогенетической терапии трудоспособность больных миастенией может сохраниться. При медленно прогрессирующем течении с периодами длитель-

ных ремиссий, стационарном типе течения, миастенических эпизодах с полной компенсацией двигательных расстройств после приема антихолинэстеразных препаратов больные могут сохранять трудоспособность. Создание в необходимых случаях облегченных условий труда (дополнительные кратковременные перерывы в работе, исключение ночных смен, командировок и т.п.) осуществляется по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

В случае прогрессивного течения с генерализацией процесса, углублением миастенического дефекта, а также при злокачественной миастении и после тимэктомии больные направляются на ВТЭК. Наряду с этим направлению на ВТЭК подлежат больные с неполной компенсацией миастенических расстройств после приема адекватной дозы антихолинэстеразных препаратов, а также больные легкой формой миастении при значительном ограничении возможности их трудоустройства.

При злокачественной форме миастении, характеризующейся быстрым прогрессированием, ранним развитием бульбарных и дыхательных расстройств, клинический и трудовой прогноз неблагоприятен. Подобные больные являются нетрудоспособными и нуждаются в постоянном постороннем уходе и помощи (инвалиды I группы). Больные с тяжелой и средней тяжести локальной или генерализованной формой миастении при плохой и неполной лекарственной компенсации миастенических расстройств, как правило, признаются инвалидами II группы. Однако при полной компенсации двигательных расстройств они могут быть признаны ограниченно трудоспособными. В течение первого года после тимэктомии больные, как правило, являются нетрудоспособными, а некоторые из них нуждаются в постоянном постороннем уходе. Впоследствии трудоспособность больных зависит от эффективности хирургического лечения и обратимости миастенического дефекта.

Часть больных с прогрессирующей и стационарной формой миастении, хорошо и удовлетворительно компенсируемой лекарственными препаратами, могут быть признаны ограниченно трудоспособными или трудоспособными в зависимости от профессии, конкретных условий труда. Больным с поражением мускулатуры конечностей противопоказана работа со значительным и умеренным физическим напряжением, требующая точных и быстрых движений, длительного напряжения мышц (машинистка, шлифовщица, токарь и т.п.), предписанного темпа, связанная с длительной ходьбой, стоянием. При локальной глазной форме противопоказана работа с напряжением зрения (чертежник, редактор, приборист). В случае нарушения речи противопоказана работа педагога, лектора, экскурсовода и т.п. При необходимости перевода по состоянию здоровья на работу более низкой квалификации или значительного сокращения объема производственной деятельности по основной профессии больные признаются ограниченно трудоспособными (инвалидами III группы).

Многие больные миастенией, среди которых преобладают лица молодого возраста, нуждаются в профессиональной реабилитации. Одним из важных звеньев реабилитации является рациональное трудоустройство. Полная сохранность интеллекта, трудовая направленность позволяют больным выполнять различные виды умственного труда, административно-хозяйственную работу, исключая длительную ходьбу и разъезды. Некоторым больным можно рекомендовать трудоустройство на специализированных предприятиях, применяющих труд инвалидов, в спеццехах либо в домашних условиях.

## ВТЭ БОЛЬНЫХ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ (ДИЭНЦЕФАЛЬНЫМ) СИНДРОМОМ<sup>1</sup>

Основным этиологическим фактором гипоталамического синдрома являются инфекции (грипп, парагриппозная инфекция, ангина, энцефалит, ревматизм и т. п.). Второе место занимает черепно-мозговая травма. Другие причины заболевания (опухоли, интоксикации, неврозы и др.) встречаются реже.

Клиническая картина заболевания складывается из вегетативно-сосудистых, висцеральных, эндокринно-обменных, трофических нарушений, встречающихся в различных сочетаниях. Несмотря на характерную для гипоталамического синдрома полисимптомность и полисиндромность расстройств, выделяют следующие формы заболевания: вегетативно-сосудистую (висцеральную); диэнцефальную эпилепсию; нейроэндокринно-обменную; нейротрофическую, червно-мышечную, нарушения бодрствования и сна; психопатологическую. Форму гипоталамического синдрома следует учитывать в экспертизе трудоспособности больного, и она, наряду с этиологическим фактором, должна быть указана в развернутом клиническом диагнозе.

Трудоспособность больных с гипоталамическим синдромом зависит от этиологии, клинической формы, особенностей течения заболевания, характера и степени выраженности диэнцефальных расстройств, эффективности терапии, социальных факторов, в первую очередь профессии и условий труда.

При поражении гипоталамуса в остром и подостром периоде инфекций, а также вследствие черепно-мозговой травмы больные являются временно нетрудоспособными. Длительность лечения определяется особенностями клиники и течением основного заболевания. Состояние трудоспособности больных в дальнейшем определяется в зависимости от выраженности нарушения функций, частоты обострений заболевания, эффективности лечения, характера трудовой деятельности.

Для вегетативно-висцеральной формы характерно сочетание сосудистых, висцеральных, терморегуляторных нарушений, а также развитие вегетативно-висцеральных кризов (чаще симпатических или смешанных, реже парасимпатических). В случае преобладания симпатических влияний появляются или усиливаются головные боли, наблюдаются озноб, сердцебиение, побледнение кожных покровов, повышение артериального давления, полиурия, витальный страх, гипертермия. В целях врачебно-трудовой экспертизы необходимо учитывать тяжесть, продолжительность и частоту кризов. Кризы считаются частыми, если наблюдаются более 4 раз в месяц, средней частоты — 3—4 раза в месяц и редкими — 1—2 раза в месяц. Тяжелые продолжительные кризы обычно сопровождаются выраженной адинамией, общей слабостью, и в таких случаях больные нуждаются в лечении с выдачей больничного листка на 3—6 дней. Частые тяжелые кризы, особенно в сочетании с симптоматической гипертонией в межкризовом периоде, дают основание для признания больных нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

Вегетативно-висцеральные нарушения и терморегуляционные расстройства у больных с редкими кризами препятствуют выполнению работы, связанной со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, пребыванием в неблагоприятных метеорологи-

<sup>1</sup> См. литературу № 32.

ческих условиях. При необходимости перевода таких больных на работу более низкой квалификации или значительного сокращения объема производственной деятельности определяется III группа инвалидности. Рационально трудоустроенные больные, у которых отмечаются нерезко выраженные вегетативно-висцеральные нарушения и редкие кризы, признаются трудоспособными в своей профессии.

Припадки диепцефальной эпилепсии отличаются развитием тонических судорог, потерей сознания либо их сочетанием на фоне тяжелого вегетативно-висцерального пароксизма. Припадки чаще возникают внезапно, продолжаются от 3—10 мин до 2—3 ч. В межприступном периоде у больных прослеживаются висцеральные и обменные нарушения, иногда внутречерепная гипертензия.

Состояние трудоспособности больных зависит от частоты припадков, профессии, условий труда. Лица, работа которых связана с вождением транспорта, пребыванием на высоте, у движущихся механизмов, даже в случае редких припадков диепцефальной эпилепсии не могут продолжать работу в прежней профессии, так как возникший припадок может быть опасен для жизни больного или окружающих. Необходимость перевода больных в подобных случаях на работу более низкой квалификации служит основанием для установления III группы инвалидности. В показанных профессиях больные с редкими припадками без других нарушений функций признаются трудоспособными. В необходимых случаях облегченные условия труда могут быть предоставлены по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Частые припадки диепцефальной эпилепсии (5 и более в течение месяца), подтвержденные документально, служат основанием для установления больным II группы инвалидности. Им может быть рекомендована работа в домашних условиях либо в спеццехах.

При нейроэндокрино-обменной форме гипоталамического синдрома преобладают нарушения углеводного, водного, минерального, жирового обмена, нарушается функция различных желез внутренней секреции. Наряду с этим встречаются гиперсомнические расстройства. Характерны расстройства аппетита — булимия или анорексия. У большей части больных нейроэндокринные нарушения группируются в очерченные синдромы: Иценко — Кушинга, акромегалии, адипозогенитальной дистрофии, несахарного диабета, церебрального ожирения, злокачественного экзофтальма, раннего климакса и др.

Состояние трудоспособности больных зависит от характера эндокринного синдрома, степени обменных нарушений. Трудовой прогноз более благоприятный у больных адипозогенитальной дистрофией и несахарным диабетом, акромегалией и менее благоприятный при синдроме Иценко — Кушинга. Выраженные эндокрино-обменные расстройства дают основания для признания больных нетрудоспособными, умеренные нарушения нередко вызывают необходимость перевода больных на работу более низкой квалификации. Больным противопоказана работа, связанная со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, нейротропными ядами. Нерезко выраженные расстройства, например умеренное ожирение, не препятствуют работе в профессиях умственного и легкого физического труда.

Больные легкой формой несахарного диабета при хорошем эффекте от заместительной терапии (адиурекрин и др., гипотиазид, хлорпронамид) являются трудоспособными в большинстве профессий. При значительной выраженности заболевания, необходимости

перевода на работу более низкой квалификации больным определяется III группа инвалидности. Тяжелые проявления несахарного диабета, особенно в сочетании с другими эндокринно-обменными расстройствами, дают основания для признания больных инвалидами II группы.

Нейротрофические, в частности нервно-мышечные, расстройства являются следствием наиболее тяжелых деструктивных изменений в ядрах гипоталамуса и проявляются изменениями слизистых, кожных покровов, подкожной клетчатки, частичным и полным облысением, мышечными гипотрофиями, миастеническим синдромом, повышенной кровоточивостью. Встречаются более или менее очерченные нейродистрофические синдромы: липодистрофия, гемиатрофия лица, универсальное облысение, отеки типа Квинке, тотальные отеки кожи и подкожной клетчатки, гипофизарная кахексия и др. Трофические расстройства почти всегда сочетаются с эндокринно-обменными, вегетативно-сосудистыми нарушениями.

При преобладании нейротрофических расстройств заболевание обычно имеет тяжелое, прогрессирующее течение, в связи с чем трудоспособность больных, в первую очередь липодистрофией и гипофизарной кахексией, существенно нарушается. Вначале подобные больные признаются ограниченно трудоспособными, а в далекой зашедшей стадии заболевания — нетрудоспособными и часто нуждаются в постоянном постороннем уходе. Умеренно выраженные нейродистрофические расстройства, особенно с преимущественным поражением кожных покровов (универсальное облысение, локальные отеки), могут ограничивать трудоспособность больных. Однако лица умственного и легкого физического труда, административно-хозяйственные работники сохраняют трудоспособность в своей профессии.

При трофических расстройствах с преобладающим поражением мышечной системы больные не могут выполнять работу, связанную со значительным, а иногда умеренным физическим напряжением, длительным пребыванием на ногах, ходьбой. В отдельных случаях возможно рациональное трудовое устройство по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Нарастание мышечных гипотрофий или миастенических расстройств обычно требует перевода на работу более низкой квалификации, что дает основание для признания больных инвалидами III группы.

Состояние трудоспособности больных с нарушением бодрствования во многом зависит от формы гиперсомнии. При расстройствах типа периодической спячки важно учитывать продолжительность приступов, выраженность других гипоталамических нарушений. При частых приступах с глубоким сном, продолжающимся до 2—3 нед, больные нуждаются в постоянном постороннем уходе и признаются инвалидами I группы. Более редкие и менее продолжительные приступы служат основанием для установления больным II или III группы инвалидности. Приступы, возникающие 1 раз в 2—3 мес и реже, при отсутствии других гипоталамических нарушений, обычно не ограничивают трудоспособность больных в большинстве профессий. В период приступа больные являются временно нетрудоспособными.

При редко встречающейся психопатологической форме трудоспособность больных зависит от степени и характера расстройства. При выраженной стойкой астении на фоне вегетативно-висцеральных нарушений с кризами имеются основания для признания больных нетрудоспособными. Клинический и трудовой прогноз осложняется при развитии психастенических черт характера, сенс-

стопатии, немотивированных колебаний настроения, требующих длительного лечения, трудотерапии.

При острых психотических расстройствах больные являются временно нетрудоспособными. При сохранности личности, в случае умеренной выраженности других гипоталамических расстройств, они обычно возвращаются к работе без снижения квалификации. При необходимости перевода на работу более низкой квалификации либо уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии ВТЭК определяет больному III группу инвалидности.

Сочетание различных форм гипоталамического синдрома ухудшает клинический и трудовой прогноз. В ряде случаев гипоталамический синдром сочетается с расстройством зрительных, вестибулярных функций, ликвородинамическими нарушениями, что необходимо учитывать при оценке трудоспособности больных.

Причиной инвалидности у больных гипоталамическим синдромом обычно является «общее заболевание». Однако следует учитывать, что если синдром обусловлен черепно-мозговой травмой, полученной на производстве, при исполнении обязанностей военной службы, то должна быть установлена соответствующая причина инвалидности.

Возможности профессиональной реабилитации больных во многом зависят от этиологии и формы гипоталамического синдрома. Переобучение чаще всего возможно при вегетативно-висцеральной форме, легких эндокринно-обменных нарушениях. Трудоустройство больных должно осуществляться в профессиях умственного труда небольшого и среднего объема. Показаны профессии легкого физического квалифицированного труда.

### ВТЭ ПРИ НАРКОЛЕПСИИ<sup>1</sup>

Нарколепсия — заболевание, основным признаком которого являются приступы пароксизмальной гиперсомнии. Встречаясь преимущественно у лиц молодого и среднего возраста, нарколепсия быстро приводит к снижению, а иногда и утрате трудоспособности. Наиболее частыми этиологическими факторами нарколепсии служат нейроинфекции (у 35% больных) и черепно-мозговая травма (у 15%). В ряде случаев нарколептический симптомокомплекс можно считать синдромом, возникшим вследствие закрытой черепно-мозговой травмы или нейроинфекции, что следует учитывать при определении причины инвалидности. Однако в большинстве случаев этиологический фактор играет роль пускового момента, и в дальнейшем заболевание развивается по особым механизмам, что позволяет говорить о нарколепсии как болезни.

В клинической картине нарколепсии выявляются 5 основных симптомов, проявляющихся в различных сочетаниях. Наибольшее экспертное значение имеют приступы засыпания и капаплексические состояния; последние встречаются у 80% больных. Другие симптомы (расстройства ночного сна, катаплексия засыпания и пробуждения, гипнагогические галлюцинации) встречаются реже.

Для оценки состояния трудоспособности важно учитывать частоту приступов засыпания. Их следует считать очень частыми при повторяемости свыше 10 раз в день; частыми — 6—10 раз в день; средней частоты — 3—5 раз в день; редкими — 1—2 раза в день. Помимо этого, необходимо учитывать степень императивности приступа и

<sup>1</sup> См. литературу № 33.

продолжительность сна, в совокупности характеризующих его выраженность.

Катаплексические состояния также различаются по частоте и распространенности (общий или парциальный приступ).

Целесообразно выделять следующие формы нарколепсии: тяжелую с очень частыми, частыми и средней частоты императивными приступами засыпания в сочетании с частыми катаплексическими состояниями (ежедневно от 1 до 6 раз в день, общими или парциальными); средней тяжести — со средней частоты императивными приступами засыпания в сочетании со средней частоты (несколько раз в день) общими и парциальными катаплексическими состояниями; легкую — с кратковременными засыпаниями средней частоты или редкими, не всегда императивными, в сочетании с редкими (несколько раз в месяц или в год) парциальными приступами катаплексии или без них.

При экспертизе трудоспособности больных нарколепсией, помимо приступов засыпания и катаплексии, следует учитывать эндокринно-обменные, ликвородинамические и другие расстройства регуляторных функций мозга, проявляющиеся в межприступный период.

На состояние трудоспособности влияют возникающие у многих больных изменения психической деятельности. Снижение активности, эмоциональное благодушие, уменьшение стремлений, сужение круга интересов в ряде случаев существенно ограничивают трудовые возможности больных, усложняют их трудоустройство. В некоторых случаях существенную роль играют результаты лечения, хотя в целом его эффективность пока недостаточна и положительное влияние непродолжительно.

В диагностике нарколепсии, помимо характерных клинических симптомов, необходимо учитывать данные электроэнцефалографического исследования, в частности характерные признаки засыпания, регистрируемые на ЭЭГ. Отличительным признаком нарколепсии является сомногенное действие триггерной фотостимуляции. В условиях бодрствования эта нагрузка более чем у 80% больных вызывает переход ко сну, а на фоне уже наступающего сна — его углубление.

При оценке трудоспособности больных учитываются и особенности течения заболевания: у 23% больных наблюдается его прогрессирование, учащение приступов засыпания и катаплексии, однако значительно чаще (у 70% больных) имеет место стабилизация процесса. В 7% случаев происходит улучшение состояния, приступы катаплексии и засыпания становятся легче и реже.

Нарколепсия — хроническое заболевание. Временная нетрудоспособность наступает при первом его проявлении или в случае прогрессирования с учащением приступов засыпания и катаплексии и продолжается обычно не свыше 2–3 мес. Показаниями для направления больных на ВТЭК являются неблагоприятное течение заболевания, неэффективность лечения, неясность клинического прогноза, ограниченные возможности для трудоустройства, необходимость значительного уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии или переводе на другую работу более низкой квалификации.

Больным нарколепсией противопоказаны все водительские профессии, а также все виды труда, в той или иной мере связанные с ответственностью за безопасность движения транспорта (стрелочники, регулировщики и др.). Противопоказана также работа в



неблагоприятных производственных условиях, связанная с тяжелым физическим напряжением, ночными сменами, ответственностью за материальные ценности и т. п.

Критериями для определения III группы инвалидности служат редкие (1—2 раза в день) или средней частоты (3—5 раз в день) императивные приступы засыпания; приступы общей и парциальной катаплексии или сочетание этих симптомов, а также частые (6—10 раз в день) и средней частоты, но не всегда императивные приступы засыпания, сочетающиеся с редкими парциальными катаплексическими состояниями или без них, когда необходим перевод больного на другую работу более низкой квалификации. Инвалидами III группы признаются также больные, которые нуждаются в значительном сокращении объема производственной деятельности, либо низкой квалификацией, а также ранее не работавшие, в связи со значительным ограничением возможности трудового устройства.

Основанием для определения II группы инвалидности являются частые (6—10 раз в день) императивные приступы засыпания, особенно в сочетании с ежедневными парциальными или общими приступами катаплексии, либо средней частоты императивные приступы засыпания и частые общие катаплексические состояния. К утрате трудоспособности в обычных производственных условиях приводят также выраженные эндокринно-обменные или ликвородинамические нарушения, независимо от тяжести нарколептического синдрома.

Основанием для определения I группы инвалидности являются очень частые (свыше 10 раз в день) императивные приступы засыпания, сочетающиеся с очень частыми (более 6 раз в день) общими приступами катаплексии или катаплексическим статусом.

Наиболее часто причиной инвалидности у больных нарколепсией является «общее заболевание». Однако при достаточно определенном этиологическом факторе (например, развитие заболевания после черепно-мозговой травмы, полученной на производстве, на фронте, в период военной службы) должна быть установлена соответствующая причина инвалидности.

Больные нарколепсией в большинстве случаев нуждаются в рациональном трудоустройстве. Оптимальными для них являются индивидуальный ритм, допускающий дополнительные перерывы в течение рабочего дня; производственная деятельность, не связанная со значительным умственным, нервно-психическим или физическим напряжением. Некоторые облегчения в выполнении больным прежней работы могут быть предоставлены по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Они устанавливают дополнительные перерывы, индивидуальный ритм, незначительное уменьшение объема работы и т. п. Обстановка привычной производственной среды, как правило, способствует мобилизации резервных возможностей организма и приводит к уменьшению и укорочению приступов засыпания по сравнению с наблюдаемыми при обследовании в стационаре. Работа должна интересовать больных, проходить в благоприятных микроклиматических условиях и не вызывать значительного нервно-психического напряжения. Приступы засыпания у больных нарколепсией учащаются при выполнении монотонной, недостаточно интересной для них работы.

Больные нарколепсией с редкими или средней частоты приступами засыпания могут работать в различных профессиях, не связанных с опасностью травматизма. При необходимости изменения условий труда желательно подобрать работу с учетом индивидуальных

интересов больного. Например, шофер, токарь, фрезеровщик, заболевшие нарколепсией, могут выполнять работу слесаря, браковщика, разметчика и т.п.; педагогу целесообразно перейти на работу в методический кабинет, библиотеку. Больным, имеющим соответствующее образование, доступны работы инженера-конструктора, технолога, механика, медсестры в ушном или глазном кабинете, врача-лаборанта и т.п.

### ВТЭ ПРИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ<sup>1</sup>

В группу нейроэндокринных заболеваний входят поражение межучточно-гипофизарной области различной этиологии (инфекции, черепно-мозговая травма, опухоли, интоксикации), заболевания желез внутренней секреции. Центральная нервная система и эндокринные железы взаимосвязаны. Нормальная функция желез внутренней секреции и корреляция их деятельности зависят от регулирующего влияния коры головного мозга, лимбической системы, главным образом гипоталамуса.

Поражения гипофиза и гипоталамо-гипофизарной области чаще всего проявляются акромегалией, синдромом Иценко—Кушинга, адипозогенитальной дистрофией, гипофизарной кахексией, гипофизарной карликовостью (нанизмом).

Акромегалия возникает при эозинофильной аденоме передней доли гипофиза. Следует учитывать и возможную роль первичного нарушения функции гипоталамуса, проявляющегося гиперпродукцией рилизинг-фактора, стимулирующего синтез гормона роста.

Клинический и трудовой прогноз более благоприятен при первичном поражении гипоталамуса. Однако при аденоме гипофиза больные также в течение многих лет сохраняют трудоспособность. Ранними признаками акромегалии являются головная боль, повышенная утомляемость, сонливость, импотенция у мужчин и прекращение менструации у женщин, адинамия, снижение работоспособности. Отмечается небольшое увеличение кистей и стоп, укрупнение черт лица. В раннем периоде заболевания больные обычно остаются трудоспособными. Однако им противопоказана работа, связанная со значительным физическим или нервно-психическим напряжением, командировками, ночными сменами. В большинстве случаев необходимые ограничения могут быть предоставлены по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений. При необходимости перевода на работу более низкой квалификации или уменьшения объема производственной деятельности больным устанавливается III группа инвалидности.

При выраженной акромегалии, характеризующейся значительным увеличением дистальных отделов конечностей, внутренних органов, расстройствами зрения, упорными головными болями, адинамией, обменными нарушениями, трудоспособность больных значительно снижена. В большинстве случаев возникает необходимость перевода больных на работу более низкой квалификации или уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии, что служит основанием для определения III группы инвалидности.

По мере прогрессирования акромегалии трудоспособность больных утрачивается; некоторые из них могут работать в специально созданных условиях или на дому. Резкое снижение зрения, развитие

<sup>1</sup> См. литературу № 34.

пангипопитуитаризма в сочетании с тяжелой астенией обуславливают установление больным I группы инвалидности.

Синдром Иценко — Кушинга гипофизарного происхождения чаще всего обусловлен базофильной аденомой гипофиза, хотя может развиваться при первичном поражении гипоталамуса. Клинически синдром характеризуется ожирением, изменением внешнего облика, багрово-красным цветом лица, гипоплазией половых желез с ослаблением половой функции, появлением угрей и фиолетово-красных полос на животе, бедрах, повышением артериального давления, остеопорозом, склонностью к кровоизлияниям, в частности мозговым. Больные предъявляют жалобы на головные боли, сонливость, быструю утомляемость, жажду, понижение памяти, нарастание массы тела и т. д. В начальном периоде больных следует признавать ограниченно трудоспособными, если работа связана со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, предписанным темпом, неблагоприятными метеорологическими условиями. В развернутой стадии синдрома Иценко — Кушинга больным определяется II группа инвалидности. Лица, перенесшие тяжелое нарушение мозгового кровообращения, часто нуждаются в постоянном постороннем уходе, и им устанавливается I группа инвалидности.

Адипозогенитальная дистрофия возникает вследствие поражения гипофиза или ядер межучного мозга при опухолях, хронических воспалительных процессах, гидроцефалии и т. п. Клиническая картина складывается из неравномерного ожирения и гипогенитализма, особенно при развитии заболевания с детства. Больные предъявляют жалобы на головную боль, общую слабость. Отмечаются неврологические расстройства, выпадение полей зрения. Нарушается жировой обмен, иногда развивается несахарный или сахарный диабет.

При нерезко выраженном синдроме адипозогенитальной дистрофии, медленном прогрессировании заболевания больные, как правило, трудоспособны. В выраженных случаях заболевания трудоспособность больных снижается, возникает необходимость перевода их на работу более низкой квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, что является основанием для определения III группы инвалидности. По мере нарастания общей слабости, адинамии, сонливости, головной боли, невротических расстройств больные становятся полностью нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

Гипофизарная кахексия обуславливается понижением функции передней доли гипофиза и встречается при хронических инфекциях, септических заболеваниях, опухолях гипофиза и мезодизэнцефальной области, травмах черепа. Клинически наблюдаются кахексия, эндокринные расстройства. Причиной кахексии являются нарушения функции межучного мозга. Жировая ткань почти полностью исчезает, кожа у больных истончена, мышцы атрофированы. Больные выглядят старше своего возраста. Отмечаются кариес, выпадение зубов. Внутренние органы уменьшаются в объеме, их функция понижается. Нарушается углеводный и водный обмен, часты приступы гипогликемии. Эндокринные нарушения обуславливаются гипопитуитаризмом — недостаточной выработкой тиреотропного, гонадотропного и адренотропного гормонов. Изменения психики характеризуются подавленностью настроения, галлюцинациями, потерей памяти.

Состояние трудоспособности больных зависит от этиологии, выраженности кахексии, особенностей течения заболевания. При

стертых формах больные, как правило, длительное время сохраняют трудоспособность, однако должны находиться под врачебным наблюдением и получать заместительную терапию. Некоторые больные нуждаются в облегчении условий труда по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений (освобождение от ночных смен, командировок и т. п.). В случаях развернутой клиники гипофизарной кахексии больные признаются инвалидами II или I группы.

Гипофизарная карликовость (нанизм) вызывается недостаточностью функции передней доли гипофиза, понижением продукции соматотропного и ряда других тропных гормонов, обусловленной различными патологическими процессами (инфекция, травма, опухоль) или врожденной гипоплазией гипофиза. Характерным признаком заболевания является задержка роста с сохранением пропорционального строения тела. Карликовым ростом у взрослых мужчин принято считать рост ниже 130 см, у женщин — ниже 120 см. Отмечается недоразвитие половых желез и половых органов. Кожа у больных дряблая, сухая, морщинистая. Психика не нарушена, умственное развитие соответствует возрасту больных.

Оценка трудоспособности больных гипофизарным нанизмом зависит от возможностей их трудового устройства. Если больные имеют профессию, которая соответствует состоянию здоровья, они являются трудоспособными.

Однако, несмотря на сохранность интеллекта, у больных гипофизарным нанизмом отмечаются быстрая истощаемость, вялость, иногда апатия. Учитывая это, а также пониженную сопротивляемость к инфекциям, более короткую среднюю продолжительность жизни и, как правило, затруднения в трудоустройстве, больных целесообразно признавать инвалидами III группы.

Причинами инвалидности у больных с нейроэндокринным заболеванием могут быть «инвалидность с детства», «трудовое увечье», «заболевание получено в период военной службы» и т. п.

### **ВТЭ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АРАХНОИДИТЕ (ЛЕПТОМЕНИНГИТЕ)<sup>1</sup>**

Наиболее частыми причинами арахноидита являются грипп, а также инфекция придаточных пазух носа, миндалин, среднего уха. Этиологическим фактором может явиться черепно-мозговая травма, сопровождающаяся реактивными воспалительными изменениями в оболочках.

Слипчивый процесс обычно бывает диффузным, однако преимущественное вовлечение определенной области может сопровождаться достаточно четкой клинической картиной, что позволяет выделять отдельные формы арахноидита (конвекситальную, базальную, оптико-хиазмальную, задней черепной ямки).

При арахноидитах, независимо от преимущественной локализации процесса, наблюдается ряд общих симптомов: головная боль, которая нередко приступообразно усиливается и сопровождается тошнотой и рвотой; головокружение, чаще не системного характера. Указанные симптомы, являющиеся следствием окклюзионной, гиперсекреторной или арезорбтивной гидроцефалии, обуславливают развитие гипертензионно-гидроцефального синдрома. Клинические проявления этого синдрома наиболее ярко выражены при арахноидите задней черепной

<sup>1</sup> См. литературу № 35—37.

ямки. При экспертизе трудоспособности больных следует учитывать выраженность гидроцефального синдрома и частоту гипертонических кризов.

В неврологическом статусе больных церебральным арахноидитом чаще всего выявляются легкая рассеянная органическая симптомагика, выраженная общая астения, неспособность к длительной деятельности. При психологическом исследовании обнаруживается отсутствие вработываемости, а в длительном действии снижается продуктивность работы вследствие утомления. У ряда больных имеют место дезадаптационные расстройства, в частности непереносимость резкого света, шума, запахов, колебаний атмосферного давления, которые следует учитывать при определении показанных и противопоказанных видов и условий труда.

Часто встречаются проявления неврастенического синдрома, вегетативно-сосудистой дистонии, а при сопутствующем поражении гипоталамической области — эндокринно-обменные расстройства.

Лучшим методом объективизации церебрального арахноидита является пневмоцефалография (пневмоцистернография), позволяющая выявить спаянный процесс, гидроцефалию. При отсутствии противопоказаний (застойные диски зрительных нервов) пневмоцефалографию следует проводить всем больным с подозрением на арахноидит. Люмбальная пункция позволяет выявить повышение ликворного давления, а также обострение процесса.

С помощью краниографии в некоторых случаях диагностируется повышение внутричерепного давления (пальцевые вдавления, остеопороз турецкого седла).

Офтальмологическое исследование позволяет выявить атрофию или застойные диски зрительных нервов, изменения полей зрения, что способствует диагностике оптико-хиазмального арахноидита. Метод электроэнцефалографии помогает обнаружению очага раздражения при конвексигальном арахноидите, эпилептической активности, что имеет важное значение в диагностике эпилепсии.

Реоэнцефалография дает возможность выявить неустойчивость церебрального сосудистого тонуса, более отчетливо проявляющуюся под влиянием функциональных нагрузок, особенно при ортостатической и нитроглицериновой пробе.

Указанные методы исследования позволяют уточнить характер и степень выраженности ликвородинамических, общемозговых и сосудистых расстройств у больных церебральным арахноидитом и могут быть использованы при оценке трудоспособности и трудового прогноза.

Клинические проявления церебрального арахноидита, течение заболевания и состояние трудоспособности больных во многом определяются преимущественной локализацией слипчивого процесса.

Конвексигальные церебральные арахноидиты чаще бывают травматической этиологии. Они протекают с умеренным синдромом внутричерепной гипертензии. Нередки большие судорожные и джексоновские эпилептические припадки, существенно сказывающиеся на трудоспособности больных.

Базальный арахноидит может быть распространенным или локализоваться преимущественно в межжировой или оптико-хиазмальной цистерне.

При значительном распространении в слипчивый процесс вовлекаются I, III, IV, V, VI пары черепных нервов, что определяет симптоматику заболевания.

Чаще встречается в практике ВТЭ оптико-хиазмальный арахноидит инфекционной или травматической этиологии. Общемозговая симптоматика обычно выражена слабо или вовсе отсутствует. Заболевание начинается с постепенного, развивающегося в течение нескольких месяцев или лет, либо быстрого понижения остроты зрения, изменений полей зрения и картины глазного дна. Иногда при этом наблюдаются стабилизация или временное улучшение зрительной функции. Характерны одно- или двусторонние центральные скопомы, битемпоральное, реже биназальное, а затем концентрическое сужение поля зрения. На глазном дне определяется первичная (чаще) или вторичная атрофия зрительного нерва. Вторичная атрофия является следствием застойного диска, реже неврита зрительного нерва. Застойные диски наблюдаются сравнительно редко — при распространенном слипчивом процессе. Следует учитывать, что изменения глазного дна не всегда находятся в строгом соответствии с нарушением зрительных функций. Глазное дно длительное время может оставаться нормальным при значительном понижении остроты зрения и изменении поля зрения; в случае выраженной атрофии зрительных нервов острота зрения в течение некоторого времени может оставаться довольно высокой. При описываемой локализации поражения встречаются умеренные вегетативно-висцеральные и эндокринно-обменные нарушения. Трудоспособность больных с оптико-хиазмальным арахноидитом определяется состоянием зрительных функций; существенное значение имеет темп понижения остроты зрения.

Арахноидит задней черепно-мозговой ямки, обычно имсущий инфекционное происхождение, отличается тяжелым, в отдельных случаях псевдотуморозным, течением и характеризуется преобладанием общемозговых симптомов, поражением черепных нервов каудальной группы. При арахноидитах о преимущественной локализацией в области мостомозжечкового угла у больных наблюдаются шум в ушах, головокружение, снижение слуха. В дальнейшем поражаются лицевой и тройничный нервы.

Арахноидит большой цистерны и прилежащих образований характеризуется развитием гипертензионного синдрома, частых тяжелых гипертензионных кризов. В процесс вовлекаются черепные нервы каудальной группы. Наблюдаются выраженные мозжечковые симптомы.

Течение заболевания, клинический и трудовой прогноз при церебральном арахноидите во многом определяются этиологией и преимущественной локализацией процесса. Целесообразно выделять регрессирующее течение, когда наблюдается обратное развитие клинических симптомов; рецидивирующее, обусловленное повторными инфекциями, травмами, обострением отита, синусита и т. п.; хроническое; медленно прогрессирующее и стационарное.

Состояние трудоспособности больных церебральным арахноидитом определяется особенностями клинической картины, степенью нарушения функции, течением и стадией процесса, характером и условиями труда больных.

В острой и подострой стадиях заболевания длительность временной нетрудоспособности больных колеблется от 1 до 4 мес и более. Больные направляются на ВТЭК после соответствующего лечения при выявлении у них нарушений функций, препятствующих выполнению работы по основной специальности, или когда профессиональный труд становится недоступным. Снижение трудоспособ-

ности больных чаще всего бывает обусловлено ликвородинамическими нарушениями, иногда расстройством зрительных и вестибулярных функций, астенизацией личности. Больным с гипертензионными кризами, эпилептическими припадками, вестибулярными расстройствами недоступны тяжелый и умеренный физический труд, работа на высоте, у движущихся механизмов, на транспорте. В случае преобладания астении, вегетативно-висцеральных расстройств противопоказаны работы, связанные со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, требующие усиленной концентрации внимания. Больным с церебральным арахноидитом противопоказана также работа в неблагоприятных метеорологических условиях, в шумных помещениях, в контакте с токсическими веществами, в условиях измененного атмосферного давления (кессон, шахта). Больным с нарушением зрительных функций противопоказаны работы, связанные с постоянным напряжением зрения. Если больные по состоянию здоровья нуждаются в переводе на другую работу более низкой квалификации или уменьшении объема производственной деятельности в прежней профессии, они признаются инвалидами III группы. При оптико-хиазмальном арахноидите в случае слепоты на один глаз и достаточно хорошей функции зрения на другом и умеренных нарушениях центральной нервной системы в результате травмы, полученной на производстве, на фронте или при выполнении обязанностей военной службы, III группа инвалидности устанавливается без указания срока переосвидетельствования. Основанием для определения II группы инвалидности служат частые эпилептические припадки, выраженный гипертензионный синдром с повторными ликвородинамическими кризами, а также значительное снижение остроты зрения (от 0,04 до 0,08 на лучше видящем глазу), сужение поля зрения до  $20^\circ$  или центральные скотомы, превышающие  $10^\circ$  от точки фиксации, выраженные вестибулярные и мозжечковые расстройства с нарушением функции ходьбы. Основанием для установления I группы инвалидности являются слепота, снижение зрения до 0,03 и ниже на оба или лучше видящий глаз при невозможности коррекции или сужении полей зрения до  $10^\circ$  и меньше по всем меридианам. Таким больным группа инвалидности устанавливается бессрочно.

Причиной инвалидности является: «общее заболевание», «трудовое увечье» (при посттравматическом арахноидите), а также различные категории причины инвалидности у бывших военнослужащих.

У больных церебральным арахноидитом возможности профессионального обучения и переобучения достаточно велики. В зависимости от проявлений заболевания рекомендуется приобретение профессий радиотехника, техника-технолога, зоотехника, механика по ремонту бытовой техники, закройщика и т. п. На период обучения больному устанавливается III группа инвалидности. Инвалидам I и II групп с резким нарушением зрительных функций вследствие оптико-хиазмального арахноидита доступен труд в специально созданных условиях, в частности на предприятиях УПП ВОС.

### ВГЭ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ<sup>1</sup>

Эпилепсия является распространенным заболеванием, которое более чем в половине случаев приводит к инвалидности. Она

<sup>1</sup> См. литературу № 38—42.

рассматривается как самостоятельная нозологическая форма, имеющая определенную клинику, патогенез и течение.

Эпилептические припадки, кроме того, могут возникать при различных заболеваниях, в частности после травм черепа, при опухолях головного мозга, нейроинфекции и т. п., и рассматриваются в подобных случаях как эпилептический синдром или эпилептическая реакция.

Первые проявления эпилепсии, как правило, относятся к раннему детству или молодому возрасту. Во многих случаях в начале заболевания припадки бывают ночными, затем возникают и дневные. Психические эквиваленты, характерологические и интеллектуальные нарушения становятся более выраженными.

В клинической картине эпилепсии необходимо учитывать множественность симптомов и их стереотипность. На первый план выступают большие, тонико-клонические, эпилептические припадки. Они отличаются определенным постоянством по частоте и характеру проявлений. Во ВТЭ следует учитывать независимость их наступления от внешних причин, неожиданность возникновения, полную потерю сознания, что часто исключает возможность принятия каких-либо предохранительных мер. Нередко осознаваемые больными ауры вегетативного и психосенсорного характера («похолодание под ложечкой», сердцебиение, молниеносные галлюцинаторные переживания и др.) настолько кратковременны, что также чаще всего не позволяют принять меры предосторожности.

Малые припадки (абсансы) в виде кратковременного, на несколько секунд, выключения сознания в меньшей степени влияют на состояние трудоспособности в большинстве профессий. Неожиданно наступают также психические эквиваленты (амбулаторный автоматизм, особые состояния сознания, сумеречные состояния). Если амбулаторные автоматизмы являются для больного и окружающих относительно безобидным проявлением, то сумеречные состояния сознания могут быть связаны с агрессивными и разрушительными действиями, опасными для больного и окружающих.

К эпилептическим расстройствам психики относятся также дисфории — немотивированные болезненные изменения настроения, обычно с оттенком недовольства, злобности. Постоянные изменения психики проявляются в тупоподвижности и вязкости мышления, явлениях персеверации, отвлечения внимания от главной темы на ненужные подробности, снижении интеллекта в целом. К признакам изменения личности относятся склонность к консерватизму, сужение интересов по концентрическому типу, своеобразный эгоцентризм, назойливость, излишняя пунктуальность.

Следует учитывать большой диапазон выраженности патологии при эпилепсии — от весьма редких припадков и едва уловимых изменений личности и психических функций до очень частых припадков и резко выраженного слабоумия. При эпилептическом слабоумии теряется запас знаний, речь становится крайне замедленной, немодулированной, снижается сообразительность, интересы больного сводятся к потребностям низшего порядка.

Диагностика эпилепсии основывается на анализе клинической картины заболевания, причем характер и частота припадков должны быть подтверждены медицинским наблюдением. Данные электроэнцефалографического исследования помогают установить эпилептическую природу и характер пароксизма и могут быть использованы при контроле за эффективностью лечения. Однако при эпи-



лепсии может отсутствовать специфическая активность на ЭЭГ, в то же время она нередко остается при стойкой длительной ремиссии. Таким образом, данные ЭЭГ должны быть использованы в диагностике эпилепсии с учетом клиники заболевания.

При установлении характера и степени выраженности изменений личности большое значение имеет экспериментально-психологическое исследование. Оно позволяет более правильно и эффективно решить вопрос о состоянии трудоспособности больного.

Различают медленнопрогредиентный и остропрогредиентный типы течения эпилепсии, во многом определяющие клинический и трудовой прогноз. Трудоспособность больных эпилепсией зависит от эффективности лечебных мероприятий, способствующих наступлению ремиссий. Выделяют следующие типы ремиссий: полная и стойкая; полная, но не стойкая; неполная; ремиссия с дефектом.

При экспертизе трудоспособности следует учитывать трудовую направленность больных эпилепсией. Стремление больных к трудовой деятельности, их упорство в ней, усидчивость надо расценивать как защитно-компенсаторное явление. Медленное течение эпилепсии, сохранность личности, появление в последние годы новых эффективных лечебных средств, компенсирующая роль труда способствуют длительному сохранению трудоспособности больных.

При медленнопрогредиентном типе течения эпилепсии с редкими припадками (1—2 раза в месяц) и незначительными изменениями личности трудоспособность больных в показанных профессиях (конструктор, методист, счетовод и др.) сохраняется. В необходимых случаях им могут быть предоставлены ограничения по заключению ВКК. На период приобретения новой, непротивопоказанной профессии больным может быть определена III группа инвалидности.

При подостропрогредиентном типе течения эпилепсии, припадках средней частоты (3—4 в месяц), редких психических эквивалентах и умеренных изменениях личности, когда возникает необходимость перевода больных на работу более низкой квалификации или значительного уменьшения объема работы в прежней профессии, больные признаются инвалидами III группы.

При быстропрогредиентном типе течения эпилепсии, характеризующемся частыми большими (свыше 4 в месяц) или очень частыми малыми судорожными припадками, выраженными изменениями психики, больные признаются негрудоспособными в обычных производственных условиях.

Развитие очень частых припадков или эпилептических статусов, выраженных и частых психических эквивалентов, эпилептического слабоумия служит основанием для установления I группы инвалидности в связи с необходимостью постоянного постороннего ухода и надзора за больными.

Принимая во внимание различные типы течения, влияние лечебных мер, а также возможность осложнений, следует вести динамическое наблюдение за больными и своевременно изменять экспертное решение и трудовую рекомендацию в соответствии с динамикой патологического процесса.

Причина инвалидности при эпилепсии чаще всего «общее заболевание». Реже больные направляются во ВТЭК до начала трудовой деятельности, и в этих случаях причина определяется как инвалидность «с детства» или «до начала трудовой деятельности».

Социально-трудовая реабилитация больных эпилепсией является важной задачей, направленной на сохранение и восстановление

профессионального и социального статуса инвалида. При клинико-экспертном обследовании необходимо выявить сохранные стороны психической деятельности, социальные и профессиональные установки больного, которые могут быть использованы при проведении реабилитационных мероприятий. Важно, чтобы трудовые процессы способствовали компенсации нарушенных функций и ресоциализации личности инвалида.

Профессиональное трудоустройство больных эпилепсией может быть осуществлено достаточно широко. Этому способствуют их трудовая направленность и трудолюбие. Больные эпилепсией с редкими припадками и умеренными изменениями личности могут работать в доступных профессиях даже на крупных промышленных предприятиях. Примерные виды работ, доступных больным и инвалидам, имеющим соответствующую подготовку: инженер-конструктор, инженер-экономист, механик, техник, чертежник, слесарь по изготовлению деталей, слесарь по ремонту автомашин, нормировщик и др. В условиях сельского хозяйства доступны работы счетовода, кладовщика, по изготовлению тары, сортировке зерна, овощей и др.

Больные эпилепсией успешно работают в специальных цехах, организуемых на промышленных предприятиях. Специально созданные условия (наблюдение медперсонала, лечение, продление отпуска и т.д.) позволяют больным не только удерживаться в спеццехах, но и увеличивать производительность труда.

В ряде случаев целесообразно трудоустройство инвалидов в домашних условиях (сборка металлических изделий, вышивка и роспись ткани, фасовка, упаковка, картонажные работы и т.п.)

Профессиональная реабилитация больных эпилепсией молодого возраста может быть осуществлена в профессионально-технических училищах системы МСО, где они могут приобрести профессии портного, бухгалтера, конструктора-чертежника, переплетчика, лаборанта.

### **ВТЭ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ СПОНДИЛИТЕ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ<sup>1</sup>**

Туберкулезное поражение позвоночника относится к числу распространенных и наиболее тяжелых заболеваний костно-суставного аппарата. У больных туберкулезным спондилитом могут появляться выраженные в различной степени неврологические расстройства, обусловленные вовлечением в процесс спинного мозга или его корешков. Неврологические расстройства у больных туберкулезным спондилитом встречаются в любом возрасте и часто приводят к инвалидности.

Неврологические нарушения могут возникать параллельно с туберкулезным поражением позвоночника, но чаще спустя много лет от начала заболевания. Обычно они развиваются постепенно, реже остро в течение нескольких дней. В отдаленном периоде наблюдаются спинальная, корешковая, корешково-спинальная, вегетативная формы туберкулезного спондилита. Выделение указанных клинических форм целесообразно в связи с различной оценкой трудоспособности больных.

При спинальной, наиболее часто встречающейся, форме наблюдаются парезы и параличи чаще спастического характера, которые

<sup>1</sup> См. литературу № 43.

отличаются стойкостью и почти не поддаются лечению. Чувствительные расстройства обычно развиваются после двигательных. У большинства больных имеются нарушения функций тазовых органов.

Корешковая форма в основном проявляется болевым синдромом. Боли усиливаются при движении позвоночника, физическом напряжении, натуживании. Обнаруживаются расстройства чувствительности, изменения рефлексов, двигательные нарушения. В большинстве случаев корешковые формы встречаются при локализации туберкулезного очага в груднопоясничном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника. Характерной особенностью радикулитов в подобных случаях является их большая распространенность, двусторонность и стойкость. Движения в конечностях не нарушены, но часто бывают ограничены из-за болей.

При корешково-спинальной форме имет место комбинированная компрессия спинного мозга и его корешков.

Вегетативная форма характеризуется преимущественно вегетативно-трофическими расстройствами, в частности болями симпатического характера, диффузной или ограниченной мышечной гипотрофией со снижением мышечной силы в различных сегментах, нарушением вегетативной иннервации кожи. Нередко встречаются локальные гипер- и гипогидрозы. Среди вегетативно-висцеральных расстройств первое место занимают сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные нарушения.

Следует учитывать, что у одного и того же больного бывает сочетание 2 или 3 описанных неврологических синдромов. Своевременное выявление неврологических расстройств при туберкулезном спондилите и правильное лечение предупреждает развитие стойких изменений и нарушений трудоспособности.

При вынесении экспертного решения о трудоспособности больных туберкулезным спондилитом следует учитывать общее состояние больного, физическое развитие; локализацию поражения; характер и особенности течения туберкулезного процесса в целом, его активность в момент обследования; степень выраженности и характер неврологических нарушений, а также компенсации нарушенных функций; возраст, профессию и условия труда, возможность переобучения или приобретения новой профессии.

При рецидивах и обострениях туберкулезного процесса больные нуждаются в лечении и являются временно нетрудоспособными. Показаниями для направления на ВТЭК служат радикулиты со стойким болевым синдромом и рецидивирующим течением, парезы и параличи конечностей, тяжелые нарушения функций тазовых органов, частые вегетативно-висцеральные кризы, выраженное стойкое астеническое состояние.

Лицам с выраженным тетрапарезом или нижней параплегией, нуждающимся в постоянном постороннем уходе, устанавливается I группа инвалидности.

Основанием для установления II группы инвалидности служат: наличие выраженного болевого синдрома с затяжным течением, частыми или длительными обострениями; выраженный нижний парапарез, умеренный тетрапарез; тяжелые вегетативно-трофические нарушения с частыми вегетативно-висцеральными кризами; грубые расстройства функции тазовых органов. Основанием для установления III группы инвалидности служат: корешковые боли; умеренный парез нижних конечностей; вегетативно-висцеральные непродолжительные кризы средней частоты; умеренные расстройства функций тазовых

органов; астеническое состояние при необходимости перевода больных на работу более низкой квалификации или значительного уменьшения объема работы в прежней профессии.

Трудоспособными признаются больные в тех случаях, когда умеренно выраженные корешковые и двигательные нарушения не препятствуют продолжению работы по специальности.

Рациональное трудоустройство больных туберкулезным спондилитом имеет важное социальное значение. Необходим правильный выбор профессии с учетом выраженности и характера неврологических расстройств. При этом важную роль играет психологическая подготовка больных к трудовой деятельности. Большое значение для социально-трудовой реабилитации больных имеет работа в спеццехах, где созданы наиболее благоприятные условия для труда инвалидов.

Рациональными видами труда для больных туберкулезным спондилитом с неврологическими нарушениями являются: кройка, шитье, вязанье, плетение, сборка галантерейных изделий и т.п.; слесарно-сборочное дело; работа медлаборанта, учетчика, контролера, оператора. При оформлении трудовой рекомендации следует указывать несколько конкретных видов труда с тем, чтобы можно было сделать выбор при фактическом трудоустройстве больного. Успеху реабилитации способствует снабжение инвалидов средствами передвижения, рабочими и бытовыми приспособлениями.

## ВТЭ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ<sup>1</sup>

Неврологические синдромы при шейном остеохондрозе нередко являются причиной как временной нетрудоспособности, так и инвалидности. В основе остеохондроза лежат дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоноковых дисков, первичная дегенерация пульпозного ядра. Наряду с этим развиваются вторичные реактивные и компенсаторные изменения в костно-связочном аппарате позвоночника: поражение ткани позвонка; дегенерация фиброзного кольца и оссификация передней продольной связки, спондилоартроз. Формированию остеохондроза позвоночника, в частности шейного отдела, способствуют эндокринные, обменные, профессиональные факторы (микротравматизация или однократная травма, длительный выраженный наклон головы), а также аномалии его развития.

Клиническое и экспертное значение имеют лишь случаи осложненного шейного остеохондроза. Он может проявляться в виде различных синдромов: вегетативных нарушений, корешкового, спинального, церебрального. Выявление основного клинического синдрома, характера и степени нарушения функций необходимо для решения вопроса о трудоспособности и рациональном трудоустройстве больных.

В диагностике шейного остеохондроза важное значение имеет рентгенологическое исследование, включая томографию. Существенное значение придается определению сагиттального диаметра позвоночного канала. В шейном отделе позвоночника ширина его, равная 14 мм, рассматривается как критическая. Весьма ценны контрастные методы исследования — пневмомиеелография, дискография. Однако между выраженностью рентгенологических изменений и клиникой заболевания нет параллелизма.

<sup>1</sup> См. литературу № 44, 45.

В зависимости от предполагаемого вертебрального синдрома необходимо использовать дополнительные методы исследования. В частности, при заднем шейном симпатическом синдроме или поражении вертебральной артерии применяется вертебральная реоэнцефалография. Диагностическое значение имеют вертебральная ангиография, электроэнцефалография, отоневрологические исследования.

Вегетативные нарушения в клинике осложненного шейного остеохондроза представлены очень широко. Помимо симпаталгий, развиваются сложные нейроциркуляторные расстройства. К ним относятся, в частности, периартрит плечевого сустава (периомартрит), при котором наблюдаются интенсивные боли в суставе, связанные с движением, особенно с ротацией и отведением руки при попытке заложить руку за спину. Боли иррадируют в шею и плечо. В выраженных случаях развиваются анкилоз, атрофия мышц, окружающих суставы. Периомартрит отличается длительным течением и существенно отражается на трудоспособности больных.

При распространении нейроциркуляторного процесса на всю руку развивается синдром плечо—кисть: боли в суставах и мышцах, гиперестезия, отечность и цианоз кисти, атрофия кожи и подкожной клетчатки, сгибательные контрактуры. Указанный синдром осложняет течение шейного остеохондроза и может явиться причиной стойкой утраты трудоспособности.

Патология шейных дисков является причиной неврогенных болей в области сердца, развивающихся нередко после резких движений, поднятия тяжести, охлаждения. Боли в области сердца при шейном остеохондрозе полиморфны, нередко имитируют стенокардию. Однако они более продолжительны, чем коронарные, не исчезают после приема нитроглицерина, уменьшаются от применения анальгетиков, тепловых процедур.

Корешковый синдром встречается наиболее часто. Обычно поражаются корешки  $C_6-C_7$ ; полирадикулярные синдромы встречаются редко. Больные предъявляют жалобы на боли рвущего, сдавливающего, жгучего характера, усиливающиеся ночью, при активных движениях. Наблюдаются ослабление и выпадение рефлексов, слабость в определенных мышечных группах. На трудоспособности больных в основном сказываются выраженность болевого синдрома, степень и локализация парезов, частота и длительность обострений.

Церебральные нарушения проявляются синдромом позвоночного нерва (задний шейный симпатический синдром Барре) и синдромом позвоночной артерии. В картине синдрома позвоночного нерва преобладает головная боль. Диагностическое значение имеет усиление болей при поворотах головы, а также исчезновение болей после вытяжения в шейном отделе позвоночника в течение 3 мин (проба Бертши). Другими важными симптомами являются чувство неустойчивости при перемене положения тела, режущее — системное головокружение и шум в ушах. Наблюдаются боли в наружном слуховом проходе, снижение слуха, парестезии в лице, языке, глотке, невротические расстройства. Характерным для синдрома позвоночного нерва является приступообразное развитие и усиление отдельных симптомов, частоту и тяжесть которых необходимо учитывать при экспертизе трудоспособности. Синдром компрессии позвоночной артерии у большинства больных характеризуется преходящими нарушениями мозгового кровообращения в системе позвоночных артерий (вертебробазилярная недостаточность). Он часто сочетается с синдромом позвоночного нерва.

Спинальные нарушения встречаются сравнительно редко. Выделяют сдавление спинного мозга мягкими пролапсами шейных дисков и дискогенную цервикальную миелопатию, развивающуюся под воздействием остеофитов или плотных протрузий дисков на спинной мозг и его сосуды. Цервикальная миелопатия развивается преимущественно у мужчин в возрасте 50—60 лет. Характерно медленное прогрессирующее заболевание в течение многих лет.

Цервикальная миелопатия может проявляться рядом клинических синдромов: пирамидный, бокового амиотрофического склероза, синдромом Гомеелитического, рассеянного склероза, полиомиелитического, задне-столбовой. У больных чаще всего наблюдаются комбинированный спастикоатрофический парез рук; спастический парез ног; легкая и умеренная атрофия мышц кистей рук; фасцикуляции; парестезии. Корешковые боли в руках и шее характерны для начала заболевания и в дальнейшем чаще всего регрессируют, чувствительные расстройства обычно незначительны.

Шейный остеохондроз с неврологическими нарушениями отличается хроническим течением, периодическими обострениями и длительными ремиссиями. Заболевание чаще начинается с симпаталгических проявлений, к которым присоединяются корешковые, церебральные, спинальные расстройства. Причиной обострений служит воздействие различных экзогенных факторов (инфекция, травмы черепа и позвоночника и др.). Осложнения шейного остеохондроза более выражены у больных, работа которых связана со значительным физическим напряжением, длительным вынужденным положением головы, размашистыми движениями рук, охлаждением. Вместе с тем следует учитывать возможность благоприятного и даже регрессирующего течения заболевания, особенно у лиц, выполняющих работу в показанных условиях.

При экспертизе трудоспособности больных осложненным шейным остеохондрозом необходимо учитывать характер клинических проявлений, особенности течения заболевания, степень нарушения функций, профессию больного, возможности рационального трудоустройства.

При обострении процесса больные являются временно нетрудоспособными. Основанием для выдачи больничного листа могут быть преходящие нарушения мозгового кровообращения, вестибулярные расстройства, обострения корешкового синдрома и др. После эффективного лечения лица, работающие в показанных профессиях, восстанавливают трудоспособность. Важным направлением профилактики обострений и инвалидности является облегчение условий труда больного по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

При наличии выраженного корешкового болевого синдрома с частыми обострениями, тяжелом течении шейного симпатического синдрома и других проявлений остеохондроза, отсутствии эффекта от лечения больные могут направляться на ВТЭК.

Инвалидность I группы при осложненном шейном остеохондрозе, как правило, не устанавливается. Основанием для определения II группы инвалидности служат выраженный болевой синдром с затяжным течением без улучшений, несмотря на лечение; частые и длительные обострения шейно-грудного радикулита; частые преходящие или стойкие нарушения мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне; выраженные парезы верхних и нижних конечностей. Инвалидность III группы устанавливается при наличии выраженного болевого синдрома; двигательных II вестибулярных

нарушений; преходящих расстройств мозгового кровообращения, препятствующих выполнению больными работы по основной профессии и вызывающих необходимость их перевода на работу более низкой квалификации или уменьшения объема работы в прежней профессии. При трудовом устройстве следует учитывать характер неврологических нарушений, течение заболевания. Показанными для больных осложненным шейным остеохондрозом следует считать работы с незначительным физическим напряжением, не связанные с частыми наклонами, поворотами и вынужденным положением головы, предписанным темпом (конторско-канцелярские профессии, административно-хозяйственный труд, некоторые слесарные, ремонтные и другие виды труда).

## ВТЭ ПРИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОМ РАДИКУЛИТЕ<sup>1</sup>

Пояснично-крестцовый радикулит является частой причиной временной нетрудоспособности и инвалидности. Мужчины болеют чаще женщин. Среди больных преобладают лица физического труда.

Причиной пояснично-крестцового радикулита в большинстве случаев (80—90 %) является дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, особенно остеохондроз межпозвоноковых дисков на уровне IV—V поясничных и I крестцового позвонка. В патогенезе заболевания определенное значение имеют неблагоприятные факторы производства: физическое перенапряжение, связанное с поднятием и перемещением тяжестей; частыми наклонами и поворотами туловища; длительным пребыванием в вынужденном положении. Следует учитывать также воздействие неблагоприятных метеорологических факторов, интоксикаций, а также врожденных изменений, как сакрализация и люмбализация позвонков, сужение позвоночного канала. Анализ указанных факторов бывает необходим при решении вопроса о причине инвалидности у больных пояснично-крестцовым радикулитом.

Выделяют 2 периода болезни — люмбалгический и ишиалгический, хотя у ряда больных корешки поражаются с самого начала заболевания. Самым частым и наиболее важным признаком пояснично-крестцового радикулита является болевой синдром — основная причина временной и стойкой потери трудоспособности. Большое значение имеют объективизация болевого синдрома и уточнение степени его выраженности. Для этого следует установить характер и локализацию болей, выявить изменения конфигурации и объема движений в поясничном отделе позвоночника, напряжение поясничных мышц, симптомы натяжения. Чувствительные нарушения и изменения со стороны рефлекторной сферы зависят от локализации поражения. Для пояснично-крестцового радикулита характерна локальность процесса. Обычно страдают V поясничный и I крестцовый корешки, значительно реже — IV крестцовый. Двусторонняя неврологическая симптоматика является следствием срединных или боковых грыж дисков.

Решающее значение в оценке трудоспособности больных пояснично-крестцовым радикулитом имеют период развития болезни, характер течения, частота и длительность обострений, профессия больного и условия его труда.

Обострение пояснично-крестцового радикулита проявляется резкой болью в пояснице и ноге. Обнаруживаются выраженные тонические

<sup>1</sup> См. литературу № 46—48.

болевые реакции, симптомы натяжения, ограничения движения туловища, расстройства чувствительности, изменения рефлекторной сферы. На высоте болевого криза могут развиваться парезы по типу корешковой или корешково-спинальной ишемии (радикулонмелоишемический синдром). В дальнейшем происходит уменьшение болей и сглаживание признаков заболевания. У некоторых больных остаются выпадение чувствительности, парезы.

В острой стадии заболевания, а также в периоде обострения больные нуждаются в лечении. Длительность временной нетрудоспособности зависит от степени выраженности болевого синдрома, нарушения функций нервного и опорно-двигательного аппарата, динамики заболевания под влиянием лечения, профессии и условий труда больного. Минимальные сроки временной нетрудоспособности составляют обычно 7—14 дней. С учетом медицинских и социальных факторов они могут быть увеличены до 1—1,5 мес и более. При длительных обострениях с медленным регрессом симптоматики лечение по временной нетрудоспособности может быть продлено свыше 4 мес. В случае недостаточно эффективного лечения необходимо рациональное трудоустройство лиц физического труда на более легкой работе по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Формы заболевания с редкими обострениями, без тенденции к нарастанию двигательных и трофических расстройств, а также умеренные резидуальные явления, обусловленные перенесенными в прошлом обострениями, существенно не снижают трудоспособности больных в большинстве профессий.

Показаниями для направления на ВТЭК больных пояснично-крестцовым радикулитом служат неблагоприятный трудовой прогноз, болевой синдром, не купирующийся в течение 3—4 мес, выраженные двигательные расстройства в нижних конечностях, частые и продолжительные рецидивы болезни.

Основанием для определения III группы инвалидности являются стойкий умеренно выраженный болевой синдром, периодические обострения заболевания, двигательные и вегетативно-трофические нарушения в нижних конечностях, препятствующие выполнению работы по основной профессии, если перевод на другую работу связан со снижением квалификации.

Основанием для определения II группы инвалидности являются тяжелый стойкий болевой синдром, частые и длительные обострения заболевания, выраженный парез нижних конечностей при отсутствии эффекта стационарного и амбулаторного лечения.

I группа инвалидности при пояснично-крестцовом радикулите определяется крайне редко. Она может быть установлена лицам с синдромом полной компрессии корешков конского хвоста, грыжей диска, характеризующимся глубоким нижним парапарезом или параплегией и нарушением функции тазовых органов при отсутствии эффекта оперативного лечения. Такие больные, как правило, нуждаются в постоянной посторонней помощи и уходе.

Сроки временной нетрудоспособности больных дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, подвергшихся оперативному лечению, в среднем составляют 1,5—2 мес. Если после операции отмечаются исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома, отсутствуют двигательные расстройства, лица умственного и легкого физического труда приступают к работе. Однако в тех случаях, когда остается болевой синдром и умеренный парез конечностей,



но клинический и трудовой прогноз благоприятен, следует продлить больничный листок до 3—4 мес, иногда на более длительный срок. При неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе больной должен быть направлен на ВТЭК.

Инвалидность I группы определяется больным, у которых после операции остаются стойкая параплегия или резко выраженный парализ, нарушения функций тазовых органов.

Основанием для установления II группы инвалидности является выраженный нижний парализ, резкий корешковый болевой синдром, не устраненный оперативным вмешательством, вследствие чего у больных сохраняются вынужденное положение туловища и расстройства статодинамической функции позвоночника.

Основанием для установления III группы инвалидности лицам тяжелого и среднего физического труда, перенесшим оперативное вмешательство, являются умеренные тупые боли, усиливающиеся при физической нагрузке, неврологические расстройства в виде легкого пареза, трофических нарушений. Больным в подобных случаях противопоказана работа, связанная с поднятием и переноской тяжелых, становой нагрузкой позвоночника, частой переменной рабочей позы, вынужденным положением туловища. Лица легкого физического и умственного труда с отмеченными нарушениями обычно не направляются на ВТЭК.

Положительная динамика инвалидности у оперированных больных связана с регрессом симптоматики, рациональным трудоустройством в прежней или вновь приобретенной профессии.

Причиной инвалидности у больных пояснично-крестцовым радикулитом чаще всего является «общее заболевание», однако может быть и «профессиональное заболевание». В последнем случае следует установить взаимосвязь между воздействием профессиональных вредностей, испытываемых больными при работе по своей специальности, и клинической картиной заболевания. Кроме того, необходимо подтвердить связь начала заболевания и последующих обострений с выполнением больным обычных обычных производственных операций. Пояснично-крестцовый радикулит включен в список профессиональных заболеваний, утвержденный Минздравом СССР и ВЦСПС в 1970 г. К профессиональным вредностям относится тяжелое физическое напряжение, вынужденное положение тела, охлаждение, перемена температур, вибрация, микротравматизация. Причина инвалидности устанавливается как «профессиональное заболевание» лицам следующих профессий: шахтеры, бурильщики, кузнецы, вальцовщики, вальщики леса, работники геологоразведочных партий, водители автобусов, грузовых автомашин, трактористы и др.

Распространенность пояснично-крестцового радикулита, молодой и средний возраст больных, хроническое течение заболевания обуславливают важность медицинской и социально-трудовой реабилитации. Необходимы своевременное лечение, диспансеризация, рациональное трудовое устройство больных. Важен профессиональный отбор лиц, поступающих на работу с тяжелым физическим напряжением. Большую роль в профилактике пояснично-крестцового радикулита играют механизация трудовых процессов, создание оптимального режима и условий труда.

Целям профессиональной реабилитации служат обучение и пере-квалификация больных и инвалидов.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ

### ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ВТЭ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ<sup>1</sup>

При психических расстройствах (болезнях) страдает наиболее сложный интегративный уровень деятельности человека, что ведет к утрате единства организма как целого, нарушает правильную ориентировку и приспособление к изменяющимся условиям жизни и труда.

Психические заболевания особенно глубоко и своеобразно нарушают трудовую деятельность человека. В одних случаях это связано с высокой утомляемостью или нарушениями темпа психических процессов. В других, в частности при органических деструктивных заболеваниях, утрачивается способность овладевать новыми знаниями, навыками и умениями, пользоваться прошлым профессиональным опытом. Наконец, нередко нарушаются не только отдельные психические качества, но изменяются личность в целом, разрушаются или ослабевают социальные и психологические связи с обществом, трудовая направленность, способность ставить определенные цели и задачи, так как изменяются мотивы, стремления и установки личности.

В то же время при психических заболеваниях характерна и обратная зависимость. Для психически больных труд является не только важнейшим социальным, но и лечебным фактором. По миновании острой стадии болезни трудовое устройство психически больных играет особую роль, поскольку от этого в известной мере зависит само течение заболевания.

Своевременное включение больного в трудовую деятельность является мощным компенсаторным фактором, нивелирующим дефекты психики. Трудовая деятельность психически больных способствует формированию новых или сохранению старых трудовых стереотипов, повышает самооценку личности, уровень ее социальной значимости и, наоборот, отрыв от деятельности ведет к углублению деградации психической жизни больного. Этим определяется большое профилактическое значение врачебно-трудовой экспертизы и трудового устройства психически больных.

Работа специализированных психиатрических ВТЭК должна быть тесно связана со всей социально-профилактической деятельностью диспансеров, лечебно-трудовых мастерских, спецехов и дневных стационаров, а решение ВТЭК, ее трудовые рекомендации имеют силу юридического документа, обязательного для исполнения учреждениями, которые осуществляют трудовое устройство.

Организация специализированных психиатрических ВТЭК на базе психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров обеспечивает возможность квалифицированной оценки степени нарушения трудоспособности и вынесения трудовых рекомендаций.

<sup>1</sup> См. литературу № 1, 2.

Комплектование состава психиатрических ВТЭК следует проводить таким образом, чтобы председатель и один из членов комиссии были квалифицированными психиатрами, а третьим членом комиссии может быть терапевт или невропатолог.

Психиатрические ВТЭК осуществляют экспертизу трудоспособности больных с психическими заболеваниями, находящихся под наблюдением психиатрических учреждений, причем направлять больных на ВТЭК могут только ВКК психиатрических больниц и диспансеров, а если их нет, ВКК лечебных учреждений с участием психиатра (или невропатолога поликлиники — при отсутствии психиатра).

Направление психически больных на первичное освидетельствование во ВТЭК для определения группы инвалидности является весьма ответственным решением лечащего врача и ВКК и должно быть убедительно аргументировано. Недопустимо направление лечебными учреждениями на ВТЭК больных, если не уточнен диагноз и не проведено необходимое лечение в стационарных или амбулаторных условиях.

Не следует устанавливать группу инвалидности психически больным лишь на основании пребывания на листке временной нетрудоспособности в течение 4 или 5 мес в году, так как сама по себе длительность временной нетрудоспособности не может служить основанием для определения группы инвалидности. Однако в тех случаях, когда психические нарушения, несмотря на проведенное активное лечение, носят устойчивый или необратимый характер и препятствуют выполнению профессионального труда, появляется необходимость в установлении группы инвалидности.

Создание облегченных условий труда в прежней профессии (освобождение от работы в ночных сменах, от дополнительных нагрузок, командировок) или перевод больного на другую работу без снижения квалификации и с сохранением заработка должны осуществляться по заключению ВКК лечебных учреждений. Рекомендации ВКК в подобных случаях играют решающую роль в сохранении трудоспособности при ряде психических заболеваний и способствуют формированию благоприятного психологического состояния больных.

Необходимо отметить, что в начальных стадиях психических заболеваний, когда происходит развитие клинической симптоматики или при острых болезненных состояниях, больных следует считать временно нетрудоспособными и до выяснения эффективности терапии не направлять на ВТЭК.

Особенно внимательно и осторожно необходимо подходить к определению группы инвалидности при таких психических заболеваниях, как маниакально-депрессивный психоз, постинфекционные астенические состояния, затяжные реактивные депрессии и неврозы. В этих случаях преждевременное установление группы инвалидности ухудшает течение заболевания и затрудняет проведение реабилитационных мероприятий. Как правило, больные с указанной патологией при достаточно активной терапии, а в необходимых случаях с освобождением от работы по временной нетрудоспособности на 2—4 мес, возвращаются к трудовой деятельности. Вопрос о направлении на ВТЭК для установления группы инвалидности в подобных случаях возникает тогда, когда заболевание приобретает затяжное либо непрерывно рецидивирующее течение с короткими светлыми промежутками.

Правильное экспертное решение опирается на материалы наблюдений лечебных учреждений. В соответствии с этим при направлении психически больного на ВТЭК должны быть подробно освещены анамнез заболевания, клиника, течение, объем и эффективность терапии; указаны развернутый клинический диагноз, динамика заболевания, частота, длительность и причина временной нетрудоспособности за последние 12 мес, а также сведения о переводе на более легкую и доступную работу в соответствии с решением ВКК лечебного учреждения.

Медицинские сведения, направляемые на ВТЭК, должны отражать, помимо психического, и соматическое состояние больного, а также функциональную характеристику имеющихся нарушений (подробное заключение невропатолога, окулиста, хирурга и др.).

Для вынесения экспертного решения ВТЭК необходимо располагать производственной характеристикой, в которой содержатся сведения о поведении психически больного на производстве, производительности его труда, взаимоотношениях с коллективом и т. д. Наряду с этим необходимы данные о поведении больного в лечебно-трудовых мастерских, дневном стационаре и особенно в быту. Наиболее полные сведения о поведении больных на производстве и в быту можно получить через сестер-обследовательниц, которые имеются в стационарах, психоневрологических диспансерах или в специализированных ВТЭК, а также через инспектуру и общественный актив районных и городских отделов социального обеспечения.

С целью улучшения качества направляемых документов ВТЭК должны проводить систематический инструктаж врачей лечебных учреждений по ВТЭ при психических болезнях.

Несмотря на то, что в Направлении на ВТЭК (уч. ф. № 88) имеются данные динамического наблюдения лечебного учреждения, ВТЭК при освидетельствовании больных также должны в своей документации отражать клинический и трудовой анамнез, профессиональный маршрут, результаты исследования психического состояния больного, выносить клинический диагноз основного и сопутствующего заболеваний.

Наряду с исследованием психических функций, необходимо неврологическое и соматическое обследование освидетельствуемых, а при наличии сопутствующих глазных, хирургических, гинекологических и других заболеваний врачи-эксперты психиатрических ВТЭК должны располагать авторитетным заключением соответствующих специалистов.

При определении причины наступившей инвалидности (от общего заболевания, заболевания с детства, от трудового увечья, от профессионального отравления, от ранения и контузии на фронте, от заболевания, связанного с пребыванием на фронте или прохождением военной службы) психиатрические ВТЭК руководствуются соответствующими инструкциями и методическими письмами.

Значительное расширение сети специализированных психиатрических ВТЭК существенно улучшило качество врачебно-трудовой экспертизы психически больных. Однако анализ показывает, что наиболее частыми дефектами работы ВТЭК являются недостаточный учет особенностей клинического течения, стадии заболевания, компенсаторных образований и социальных критериев инвалидности. Низкие показатели реабилитации инвалидов обусловлены в ряде случаев неадекватным лечением.

Ошибки нозологической диагностики встречаются относительно редко, однако ведущий синдром, особенности психопатологических нарушений, характер течения и стадия заболевания, тип ремиссии или дефекта, степень компенсации формулируются в актах ВТЭК в самых общих чертах или даже не указываются вообще.

Клинический диагноз должен отражать не только нозологическую принадлежность и морфологическую сущность заболевания, но также основные психоневрологические нарушения и функциональные возможности больного. Правильный функциональный диагноз возможен при объективной оценке проявлений болезни и состояния защитных свойств организма, сохранившихся качеств личности, возможностей компенсации нарушенных функций. В каждом конкретном случае в диагнозе необходимо указывать характер и степень выраженности ведущих клинических синдромов, стадию процесса и особенности течения заболевания.

По динамике патологического процесса и сходству критериев трудового прогноза все психические заболевания могут быть разделены на 5 основных групп: 1) заболевания с прогрессирующим течением (шизофрения, эпилепсия, сосудистые, пресенильные и сенильные психозы, органические заболевания центральной нервной системы с психическими нарушениями, например различные нейринфекции, сифилис, энцефалиты); 2) психозы, протекающие по типу фазовых состояний (маниакально-депрессивный психоз, декомпенсации у психопатических личностей, периодические органические психозы); 3) врожденные аномалии характера (психопатии); 4) врожденные или рано приобретенные необратимые дефекты психики (олигофрения); 5) заболевания, имеющие характер преходящих реакций (реактивные состояния, неврозы).

Анализ течения заболевания позволяет вынести суждение о клиническом и трудовом прогнозе, о степени возможного социального восстановления.

Объективные сведения о больном в значительной мере способствуют правильной диагностике и адекватному экспертному решению. Среди них важную роль играют выписки из истории болезни, данные социального обследования на производстве и в быту и полноценные направления на ВТЭК. Однако в материалах ВТЭК мало актов бытового обследования либо они носят формальный характер и не раскрывают особенностей психического состояния больного, которые, по существу, определяют его положение в обществе и должны быть основой экспертного решения. Направления на ВТЭК часто не отражают всей психопатологической картины заболевания.

Значительная роль в улучшении качества диагностики и экспертизы трудоспособности принадлежит высшей ВТЭК, которая, отменяя решения районной ВТЭК, указывает на ошибки, выносит на обсуждение расхождения между высшей и районной ВТЭК, внедряет в практику новые научные положения.

Следует подчеркнуть, что тщательный анализ объективных данных, особенностей состояния и функциональных возможностей психики больного дает основание судить о трудовом прогнозе и трудоспособности, мерах профилактики инвалидности, путях и возможностях социально-трудовой реабилитации инвалидов с психическими заболеваниями.

Шизофрения является наиболее распространенным психическим заболеванием, приводящим к инвалидности. Среди лиц, освидетельствованных в психиатрических ВТЭК, больные шизофренией составляют 40—50%, среди первично признанных инвалидами — 60—70%. Около 80% больных шизофренией устанавливаются I и II группы инвалидности, причем среди инвалидов по данному заболеванию лица в возрасте до 44 лет составляют 75%. Однако при благоприятном течении процесса и стойкой ремиссии больные могут вернуться к работе иногда самой высокой квалификации.

При вынесении экспертного решения больным, страдающим шизофренией, необходимо учитывать ряд факторов — ведущий синдром (форму шизофрении), тип течения процесса, особенности ремиссии и дефекта, степень компенсации.

В то же время диагностические ошибки, приводящие к ошибочным экспертным решениям, чаще всего встречаются именно при шизофрении.

Наибольшие трудности возникают при дифференциальном диагнозе шизофрении с психопатиями и органическими заболеваниями головного мозга различной этиологии, сопровождающимися психическими нарушениями. Ошибочная диагностика шизофрении в случаях психопатии и патологического развития личности обычно связана с тем, что недостаточно тщательно изучается анамнез жизни, а психопатические черты личности трактуются как симптомы эндогенного процесса.

При дифференциальном диагнозе между шизофренией и органическим заболеванием головного мозга не всегда тщательно анализируются неврологическая симптоматика, признаки органического психосиндрома (снижение памяти, внимания, ослабление мышления, эмоциональные расстройства), а продуктивная симптоматика, носящая шизофреноподобный характер, оценивается как истинно шизофреническая.

Диагноз шизофрении должен ставиться на основании совокупности клинической симптоматики, анализа течения заболевания в целом, а не отдельных психопатологических симптомов. В основу диагностики шизофрении следует положить такие кардинальные симптомы, как снижение энергетического потенциала личности, аутизм, специфические расстройства мышления с резонерством, паралогичностью, соскальзываниями, склонностью к символике и «философической интоксикации», эмоциональное оскудение.

Из различных форм (типов) шизофрении в практике ВТЭ наибольшее значение имеют кататоническая, параноидная и простая. Ипохондрическую форму следует рассматривать как вариант параноидной. Гебефреническая форма в экспертной практике встречается редко, так как начинается в юношеском возрасте и быстро приводит к выраженному психическому дефекту. Больные с гебефренией, как правило, попадают во ВТЭК в стадиях грубого постпроцессуального дефекта для разрешения вопроса о пенсии за умерших родителей.

При выделении клинической формы шизофрении следует учитывать не только картину настоящего психотического приступа, но и течение заболевания в целом.

<sup>1</sup> См. литературу № 3, 4, 5.

При кататонической форме шизофрении (так называемая первичная кататония) клинический и трудовой прогноз зависит от особенностей приступа и дальнейшего течения заболевания. Если развитию кататонического приступа предшествует острый чувственный бред, а в последующем устанавливается субступорозное состояние с полиморфными онейроидными переживаниями, то обычно течение заболевания носит приступообразный характер с ремиссиями, полнота и длительность которых определяют состояние трудоспособности. При постепенном развитии заболевания с однообразной клинической картиной и высокой степенью двигательной заторможенности без онейроидных переживаний ремиссии редки, трудоспособность утрачивается на длительный период, и больные признаются инвалидами II или I группы.

Значительные сложности представляет вопрос о трудовом прогнозе при параноидной форме шизофрении, при которой в практике ВТЭ целесообразно различать следующие основные синдромы.

*Параноидальный синдром*, при котором имеется стойкий систематизированный бред различного содержания без расстройств восприятия. В этих случаях больные могут длительное время оставаться ограниченно трудоспособными, если трудовая деятельность не входит в сферу бредовых построений больного.

*Ипохондрический синдром* отличается неблагоприятным клиническим течением процесса, и больные чаще всего признаются инвалидами II группы.

*Синдром Кандинского*. При значительной выраженности и длительности идей воздействия, преследования, автоматизмов, псевдо- и истинных галлюцинаций трудовой прогноз неблагоприятен, и больные большей частью признаются инвалидами II или даже I группы.

*Острый галлюцинаторно-бредовой синдром* с обильными полиморфными бредовыми идеями, галлюцинациями, элементами растерянности и включениями синдрома Кандинского. При этом синдроме трудовой прогноз сравнительно благоприятен, однако состояние трудоспособности вариабельно и зависит от полноты и стойкости ремиссии, степени дефекта и компенсаторных возможностей личности.

При вторичной кататонии, развивающейся в рамках параноидной шизофрении, трудовой прогноз неблагоприятен, и больным чаще всего определяется II или I группа инвалидности.

Трудоспособность при простой форме шизофрении зависит от типа течения процесса.

При злокачественном типе течения с быстрым формированием у больного глубокого слабоумия за короткое время наступает стойкая и длительная утрата трудоспособности.

При медленном, вялом развитии заболевания с преобладанием неврозоподобной симптоматики наблюдаются периодические обострения и стойкие, длительные ремиссии, в период которых трудоспособность нередко восстанавливается полностью. Шизофренический дефект отчетливо выступает в этих случаях лишь после 3—4-го приступа и приводит к стойкому снижению или полной утрате трудоспособности.

Таким образом, каждая из форм шизофрении может иметь различное течение, клинический и трудовой прогноз. Оценка трудоспособности поэтому в значительной мере зависит от типа течения шизофрении. Выделяют три типа течения шизофрении — непрерывно-прогредиентный, приступообразно-прогредиентный (шубообразный) и ремиттирующий (периодический).

При непрерывно-прогредиентном типе течения во ВТЭ наибольшее значение имеет его *злокачественный* вариант. При злокачественном варианте процесс развивается быстро, приступы затягиваются надолго, нарастает стойкий и выраженный шизофренический дефект. Заболевание принимает хроническое течение и приводит к слабоумию. Трудоспособность больных в обычных производственных условиях утрачивается. Однако трудовое устройство в подобных случаях может быть осуществлено в лечебно-трудовых мастерских. Наоборот, медленное, вялое течение процесса, без выраженных психотических приступов и грубых изменений личности, позволяет больным длительно сохранять трудоспособность.

При *приступообразно-прогредиентном* типе течения заболевания больные на протяжении ряда лет остаются непригодными к труду в обычных производственных условиях. Однако по мере затихания процесса и компенсации психического дефекта становятся возможными их частичная реабилитация и трудовое устройство в специально созданных условиях.

При *ремиттирующем* течении процесса первые приступы болезни обычно курабельны, ремиссии стойкие и длительные. В дальнейшем, при повторении приступов, признаки дефекта нарастают, и трудоспособность больных в периоды ремиссии полностью может не восстанавливаться. При вынесении экспертного решения необходимо учитывать не только форму и тип течения шизофрении, но остроту и длительность психотических состояний.

Острые состояния, при которых психическая симптоматика резко выражена, прогностически благоприятны, если приступ возник быстро, а до заболевания больной был психически полноценной личностью. В острых состояниях обычно устанавливается временная нетрудоспособность, и перевод на инвалидность оправдан лишь при неэффективности терапии, выявлении черт тяжелого и устойчивого дефекта.

Затяжные подострые состояния с тенденцией к затиханию болезненных симптомов при сохраняющихся активных проявлениях процесса приводят на протяжении ряда лет к стойкой утрате трудоспособности больных (инвалиды II или I группы).

В период ослабления болезненного процесса формируются ремиссии. Тип и структура ремиссий чрезвычайно вариабельны, но главными для вынесения правильного экспертного решения являются полнота ремиссии, ее стойкость и степень дефекта. При неполной ремиссии, если отдельные сохранившиеся позитивные симптомы потеряли свою актуальность и не оказывают влияния на поведение больного, наличие их не всегда является показателем полной нетрудоспособности.

При полной ремиссии с явлениями лишь некоторой астенизации психики больные могут признаваться трудоспособными. Если состояние больного определяется как «ремиссия с дефектом», то следует оценить стойкость и выраженность дефекта.

При неблагоприятном течении процесса, грубых изменениях личности и мышления больные являются инвалидами II—I группы и нуждаются в специфической трудовой терапии в лечебно-трудовых мастерских или в домашних условиях.

Для оценки трудоспособности большое значение имеет анализ дефектных состояний и ремиссий с дефектом.

В экспертизе трудоспособности целесообразно разделить ремиссий и дефектных состояний по ведущим клиническим синдромам



на: 1) астенические; 2) апатико-абулические; 3) параноидные; 4) ипохондрические и 5) психопатоподобные.

При дефекте астенического типа больные чаще всего признаются инвалидами III группы.

Выраженный апатико-абулический дефект является основанием для признания больных нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

Трудоспособность больных с параноидным, ипохондрическим и психопатоподобным типами дефекта зависит в значительной степени от их выраженности.

Однако сам тип дефекта не всегда определяет состояние трудоспособности. Необходимо также учитывать компенсаторные возможности больного, которые зависят от сохранившихся особенностей личности, ее интересов, социально-бытовых установок, отношения к труду. Большое значение имеют условия работы, взаимоотношения в коллективе и правильно подобранный вид труда. При установке на труд и сохранении некоторой критики к своему состоянию допустимо трудоустройство больных в обычных производственных условиях. При этом до уточнения стойкости ремиссии и полноты компенсации больных следует признавать инвалидами II группы и только в дальнейшем, при успешной работе, показаны частичная реабилитация и определение III группы инвалидности. Возможность применить в трудовой деятельности оставшиеся, порой своеобразные, интересы помогает иногда компенсировать черты шизофренического дефекта. Работа, продолжение учебы, даже при условии возможного дальнейшего срыва, являются целесообразными и оказывают положительное влияние на личность больного в целом.

При выборе вида труда необходимо учитывать не только установки больного, но и структуру ремиссии, и тип дефекта.

Астенический тип дефекта обуславливает, как правило, незначительные ограничения в выборе вида труда. Поэтому необходимо предоставлять больным работу в своей профессии в полном объеме либо с сокращением объема производственной деятельности, либо переводить на другую работу с использованием прежних знаний и навыков.

Если в структуре дефекта преобладают параноидные и паранойальные образования, показанный вид труда определяется в зависимости от степени генерализации бреда и его влияния на поведение больного, а также характера нарушений мышления.

При выраженном ипохондрическом или апатико-абулическом типе дефекта показано трудоустройство в домашних условиях или в лечебно-трудовых мастерских.

Как правило, больным шизофренией показана работа с частой сменой приемов и ритма труда, так как для них характерна повышенная пресыщаемость, неспособность к длительной однообразной работе.

В целом, круг профессий, в которых работают больные шизофренией, широк и разнообразен, и вопросы трудоспособности должны решаться с учетом особенностей ведущего синдрома и течения заболевания.

Общими противопоказаниями в работе для больных шизофренией являются высокий темп и строго регламентированный ритм труда, обслуживание действующих агрегатов, представляющих большую опасность для больного и окружающих (водительские профессии, дежурные по электростанциям и т. д.). В организационном плане

предпочтительнее работа индивидуального типа или в небольшом коллективе.

При определении группы инвалидности больным шизофренией следует руководствоваться Инструкцией по определению групп инвалидности<sup>1</sup>.

Основанием для установления больным I группы инвалидности могут служить: длительный кататонический ступор; выраженное слабоумие с нелепым поведением; затяжные подострые состояния со склонностью к импульсивным и агрессивным действиям.

II группа инвалидности может устанавливаться больным с затянувшимся подострым состоянием вне возбуждения или ступора; с выраженными чертами дефекта, значительными расстройствами мышления, параноидными генерализованными образованиями; с выраженным апатическим типом дефекта; с дезорганизацией поведения, расстройственностью и отсутствием критики; в период стабилизации ремиссии и формирования дефекта.

III группа инвалидности может определяться больным с астеническим типом дефекта; с нерезко выраженными психонатоподобными изменениями личности, с нерезко выраженной параноидной направленностью; при инкапсуляции бреда и правильном поведении.

Приведенные принципы разграничения различных форм и типов течения процесса, естественно, не отражают всего многообразия клиники шизофрении, поэтому каждый больной должен быть объектом детального клинического обследования с учетом индивидуальных особенностей его личности. Важно подчеркнуть, что сама трудовая деятельность является могучим компенсаторным фактором, способствующим реабилитации больных шизофренией.

Все варианты шизофрении, текущие в виде приступов, целесообразно рассматривать как приступообразные, к которым относятся как периодическая, так и приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения. Шизофрения с приступообразным типом течения представляет наибольшие трудности при решении вопросов ВТЭ.

При определении трудоспособности и трудовых рекомендаций у больных приступообразной шизофренией целесообразно учитывать не только тип течения, особенности ведущего синдрома, характер ремиссии, но и период (этап) болезни.

**Трудоспособность в инициальном периоде.** Первому приступу болезни, как правило, предшествует инициальный период (от 1 до 10—15 лет), который характеризуется преимущественно аффективными расстройствами либо неразвернутыми психотическими эпизодами и нарушениями мышления.

В инициальном периоде больные сохраняют трудоспособность, могут окончить высшее и среднее учебное заведение и до появления развернутых приступов болезни успешно справляться с работой. Появление аффективных расстройств в этом периоде дает основание предполагать благоприятное течение заболевания, и больным можно рекомендовать приобретение квалифицированной профессии с индивидуальным режимом труда (переводчик, библиотекарь и т. д.).

**Трудоспособность в периоде активного течения процесса.** Этот период характеризуется сменой острых приступов и ремиссий. Экспертиза трудоспособности в этих случаях определяется преимущественно особенностями ремиссий.

<sup>1</sup> Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979, с. 455—459.

Структура ремиссий при неполной стабилизации активного процесса в случаях приступообразной шизофрении характеризуется остаточной позитивной симптоматикой.

В фазе ремиссии, наступившей после депрессивно-параноидных приступов, больные остаются тревожными, подозрительными, астенизированными, несколько апатичными; после субдепрессивных или гипоманиакальных приступов могут быть отрывочные галлюцинации, расстройства мышления, явления психического автоматизма, после кататонических приступов возможно субступорозное состояние, дурашливость, манерность, неадекватность поведения; после параноидных приступов длительно держатся редуцированные галлюцинаторно-бредовые расстройства, влияющие на поведение больных, а также настороженность и напряженность.

В период стабилизации ремиссии состояние больных неустойчиво, и любые психогравмирующие обстоятельства, соматогенные факторы, изменение поддерживающей терапии и т. д. могут спровоцировать новый приступ.

Неправильное поведение, обусловленное остаточными позитивными симптомами болезни, иногда рассматривается как признак дефекта, что ведет к необоснованному определению группы инвалидности.

В период стабилизации ремиссии больные нуждаются преимущественно в лечебно-восстановительных мероприятиях, и поэтому целесообразно в необходимых случаях продление срока временной нетрудоспособности свыше 4 мес.

При полной клинической ремиссии больные должны признаваться трудоспособными в профессиях, не имеющих противопоказаний. В случаях неполной ремиссии со стабилизацией позитивных расстройств без выраженных признаков дефекта трудоспособность больных утрачивается частично или полностью.

При приступообразной шизофрении в периоде ремиссии возможны гипоманиакальные, реже субдепрессивные состояния или неразвернутые параноидные включения. Степень трудоспособности при позитивных симптомах в структуре ремиссии зависит от их выраженности, актуальности и влияния на поведение больного.

Ремиссии без позитивной симптоматики с наличием дефекта при периодической шизофрении встречаются редко, однако дефицитарная симптоматика в таких случаях проявляется в различной степени изменениях личности, расстройствах мышления, отсутствии критики к своему состоянию.

При нерезких изменениях личности и достаточной критике больные длительно сохраняют трудоспособность в своей профессии. Умеренные нарушения мышления не препятствуют выполнению несложных видов физического труда.

Ремиссии, в структуре которых сочетаются позитивные расстройства и признаки дефекта, неблагоприятны для клинического и трудового прогноза. Решение вопроса о трудоспособности больных зависит от степени выраженности дефекта и актуальности позитивной симптоматики.

Для определения клинического и трудового прогноза у больных приступообразной шизофренией необходимы данные о динамике ремиссий.

Развитие заболевания ведет к изменению характера острых приступов и соответственно структуры ремиссии. Пока приступы носят в основном аффективный характер, симптомы дефекта выражены

незначительно. С возникновением параноидных состояний черты дефекта в сочетании с параноидной симптоматикой значительно ухудшают качество ремиссии и являются неблагоприятным прогностическим признаком.

При постепенном затухании процесса, через 20 и более лет после его начала, в фазе ремиссии уменьшается удельный вес позитивных расстройств и более отчетливо прослеживаются признаки дефекта. Однако в этом периоде наблюдается не рост инвалидности, а, напротив, некоторое ее снижение.

С угасанием позитивных расстройств поведение больных становится более упорядоченным, меняется их отношение к труду, появляется положительная социальная направленность. Следует подчеркнуть, что при приступообразной шизофрении, в случаях наступления так называемых поздних ремиссий, проведение реабилитационных мероприятий не теряет своей актуальности.

Комплекс реабилитационных мероприятий определяется характером ремиссии, степенью выраженности дефекта, преморбидными особенностями личности, уровнем образования, бывшей профессией. Стойкость поздних ремиссий в значительной мере зависит от адекватной нейролептической терапии.

Во ВТЭ правильная экспертная тактика должна предусматривать своевременное изменение таким больным группы инвалидности и трудовой рекомендации. Немаловажное значение имеют улучшение социально-бытовых условий больных и постоянная помощь в налаживании контакта с сотрудниками и руководителями производства.

Для уточнения социального и трудового прогноза больных приступообразной шизофренией необходимо оценить основные клинические и социальные факторы по определенной системе.

Вначале следует рассмотреть общие закономерности развития процесса (тип течения, клиническую форму, период заболевания), затем особенности приступов, их частоту, продолжительность, качество и динамику ремиссий. Клинические данные и комплекс имеющихся нарушений необходимо сопоставить в каждом отдельном случае с преморбидными особенностями личности, образованием, профессией, микросоциальными условиями, а также с требованиями, которые предъявляют больному его профессия и условия труда.

Клинический и социально-трудовой прогноз более благоприятен при периодическом, чем при приступообразно-прогредиентном (шубообразном) течении болезни. При периодической шизофрении не происходит тяжелых изменений личности, а ремиссии достаточно глубоки. При приступообразно-прогредиентном течении шизофрении не наступает полных ремиссий, трудоспособность утрачивается в более короткие сроки.

Во ВТЭ при психических болезнях целесообразно выделять следующие клинические формы шубообразной шизофрении: а) протекающую с аффективными нарушениями (депрессивными или маниакальными) — так называемую циркулярную шизофрению, или шизоаффективные психозы; б) онейроидную кататонию; в) аффективно-бредовую; г) параноидную и д) кататоно-параноидную.

Трудовой прогноз наиболее благоприятен при аффективных и онейроидно-кататонических расстройствах. Больным, признанным инвалидами, в основном устанавливается III группа инвалидности.

Наименее благоприятен прогноз при кататоно-параноидной форме периодической шизофрении. Трудоспособность утрачивается быстро, наиболее часто определяются II и I группы инвалидности, инвали-

дизация больных остается стойкой на протяжении длительного времени.

Аффективно-бредовая и параноидная формы в прогностическом отношении занимают промежуточное место.

Трудовой прогноз при приступообразной шизофрении зависит не только от типа течения и ведущего синдрома (формы), но и от целого ряда других факторов, к которым можно отнести индивидуальные клинические особенности (структуру) ведущего синдрома; наличие и степень выраженности других синдромов, имеющих большее значение в картине приступа; характер «второстепенных», «обрамляющих» психопатологических проявлений, придающих своеобразие приступу; соотношение и взаимосвязь различных психопатологических расстройств.

Трудовой прогноз зависит прежде всего от типичности основного, «стержневого» синдрома, а также его курабельности. При аффективных приступах трудовой прогноз более благоприятный у лиц с преимущественно депрессивными нарушениями. При параноидных приступах нужно учитывать структуру состояния, фабулу бреда и тенденцию к систематизации. Если бред затрагивает сферу профессиональной деятельности, возвращение к работе по специальности затруднено. При полиморфных приступах, особенно если имеются симптомы регресса поведения, трудовой прогноз всегда сомнителен, равно как и в случаях со сложной клинической картиной приступов, в структуре которых имеются симптомы, характерные для ядерных форм.

В каждом конкретном случае необходимо уточнять клинические особенности ремиссии, т. е. ее глубину, стойкость, качество.

Полные ремиссии встречаются редко, наступают в основном после 1—3 приступов; прогностически благоприятны, так как отсутствуют выраженные негативные и позитивные расстройства. Больные длительное время (10—20 лет) остаются трудоспособными в профессиях, не имеющих противопоказаний.

Качество неполных ремиссий определяется остаточными процессуальными расстройствами. Наименьшая выраженность и стойкость позитивной симптоматики свойственна аффективным нарушениям, наибольшая — параноидным и кататоно-параноидным.

Для оценки трудового прогноза необходимо всесторонне проанализировать характер имеющихся в структуре ремиссии позитивных расстройств, их курабельность, влияние на поведение и трудоспособность больных; уточнить особенности личности больного; влияние остаточной симптоматики на микросоциальные и общественно-производственные отношения.

Прогностически неблагоприятна большая частота приступов (более 1 в год) и склонность их к затяжному течению. В большинстве случаев инвалидность наступает после 1—3 приступов, однако при различных формах заболевания количество приступов, приводящих к утрате трудоспособности, может значительно варьировать. Так, если при кататоно-параноидном синдроме инвалидность наступает уже после первого приступа, то при синдромах с преимущественно аффективными расстройствами трудоспособность может сохраняться в течение 10—13 приступов.

Потеря трудоспособности при всех клинических формах приступообразно текущей шизофрении наблюдается в основном спустя 10—20 лет от начала заболевания. К 30—40-му году развития заболевания, напротив, наблюдается постепенная редукция психопатологи-

ческих расстройств. Последние становятся более короткими и редкими, менее развернутыми, а ремиссии — сравнительно более полноценными и продолжительными. Таким образом, длительность течения болезни не имеет самостоятельного прогностического значения и не является критерием неблагоприятного социально-трудового прогноза.

Приступообразная шизофрения при относительно позднем ее начале и благоприятном клиническом течении не препятствует получению среднего и высшего образования. У лиц с высшим и средним образованием социально-трудовая адаптация сохраняется долго. После периода инвалидности, наоборот, трудоспособность восстанавливается лишь у лиц малоквалифицированного труда.

Микросоциальные условия жизни больного имеют важное значение для социально-трудового прогноза, поэтому следует стимулировать остаточную активность, создавать трудовую установку, правильно организовывать труд, способствовать благоприятному психологическому климату и улучшать семейно-бытовые условия больных шизофренией.

Современная терапия больных шизофренией предусматривает сочетание биологических и психотерапевтических методов лечения с мерами ранней социальной реабилитации, а также учитывает характер течения и форму заболевания.

Два фактора — длительность терапии и активность реабилитационных мероприятий — повышают качество ремиссий и способствуют восстановлению трудоспособности. По данным ряда психиатрических ВТЭК, срок временной нетрудоспособности может быть продлен у 20—25 % больных, первично направленных на освидетельствование.

Основные пути реабилитации больных шизофренией с приступообразным течением могут быть представлены следующим образом: а) трудовая терапия и организация реабилитационного режима в условиях психиатрической больницы; б) подготовка к трудоустройству больных; в) приспособление к труду в условиях лечебно-трудовых мастерских, дневных стационаров, а также путем надомной организации труда инвалидов II группы; г) трудоустройство инвалидов III группы в спеццехах и спецучастках, а также организация работы в облегченных условиях производства, но в профессиях более низкой квалификации или с уменьшением объема работы, или укороченным рабочим днем в соответствии с рекомендацией ВТЭК; д) систематическое медицинское наблюдение в условиях производства за больными с полным восстановлением трудоспособности, а на крупных предприятиях — организация психиатрических кабинетов при медико-санитарных частях.

Указанные критерии определения социально-трудового прогноза у больных приступообразной шизофренией являются лишь схемой, с помощью которой психиатр-эксперт должен анализировать и сопоставлять всю совокупность конкретных, индивидуальных медико-биологических и социальных факторов.

## **ВТЭ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ<sup>1</sup>**

В последние годы инвалидность вследствие отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы с эпилептическим синдромом и психическими нарушениями заметно снизилась.

<sup>1</sup> См. литературу № 6, 7.

Клиническое и психологическое изучение больных свидетельствует о том, что рассматриваемая форма патологии весьма полиморфна по клинической картине и отличается большой динамичностью, причем судорожный синдром является только одним из проявлений патологического процесса.

К особенностям клиники при отдаленных последствиях закрытых черепно-мозговых травм с эпилептическим синдромом и психическими нарушениями, которые необходимо учитывать в практике врачебно-трудовой экспертизы, относятся головные боли различной локализации, носящие временный или постоянный характер и усиливающиеся при психических и физических нагрузках. Помимо этого, частыми являются жалобы на общую слабость, вялость, утомляемость, боли в области сердца.

Судорожные припадки появляются в различные сроки после черепно-мозговой травмы, отличаются полиморфизмом, изменчивы по клиническим проявлениям и частоте возникновения. У одного и того же больного развернутые судорожные припадки с клоническими и тоническими судорогами, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием и последующим сном могут перемежаться с abortивными или единичными припадками. В период abortивных припадков больные усневают лечь или присесть и описывают свое состояние как «затемнение», «пелену». Иногда больные теряют ориентировку, у них наступает «окаменелость». Могут встречаться также нарколептические и кагалептоидные приступы, джексоновские припадки без потери сознания или с последующим его помрачением по эпилептическому типу. Нередко припадки возникают под влиянием психотравмирующих факторов.

В динамике заболевания в большинстве случаев припадки урзажаются, трансформируясь в сторону неразвернутых abortивных форм.

Наряду с судорожными припадками, у больных с последствиями черепно-мозговой травмы возможно развитие сосудистых и вегетативных кризов. Сосудистые кризы характеризуются болями в области сердца, значительным изменением уровня артериального давления или упадком сердечной деятельности вплоть до обморочного состояния, побледнением кожных покровов. Вегетативные кризы проявляются повышением температуры, резкой потливостью, ознобом, чувством голода и т. д. Кризы вестибулярного характера сопровождаются головокружением, тошнотой, рвотой, непроизвольными рефлекторными движениями.

Психические нарушения при последствиях закрытой черепно-мозговой травмы с судорожной симптоматикой редко проявляются остро возникающими сумеречными расстройствами и особыми состояниями сознания. Пролонгированные расстройства психики, напротив, весьма разнообразны — начиная от умеренной психической астении и психопатоподобных нарушений до травматического слабоумия. Встречаются также патологические изменения личности по истерическому, возбуждаемому и паранойальному типу. Изменения личности по эпилептическому типу отмечаются реже.

Экспериментально-психологические исследования выявляют эмоциональную неустойчивость, интеллектуально-мнестическое и волевое снижение у таких больных. Неврологически чаще отмечается разнообразная органическая микросимптоматика, реже — легко выраженные гемисиндромы, вегетативные расстройства.

На пневмоэнцефалограммах нередко обнаруживаются слипчивый или кистозный арахноидит, водянка, рубцовые изменения, атрофия

вещества мозга. У больных с судорожным синдромом данные пневмоэнцефалографии указывают на большое разнообразие патологической биоэлектрической активности. При биохимических исследованиях обнаруживаются изменения в различных сферах обмена веществ и снижение иммунобиологических реакций. Офтальмологическое обследование выявляет характерные для черепно-мозговой травмы застойные соски зрительных нервов и изменение полей зрения.

Клинические данные подтверждают полисимптомность отдаленных последствий черепно-мозговой травмы, разнообразие и динамичность клинических проявлений, а также общую тенденцию к регрессивному течению. В связи с этим происходит постепенное уменьшение тяжести инвалидности или даже полное восстановление трудоспособности больных.

Наряду с преимущественно регрессивным, возможен и прогрессирующий или перемежающийся тип течения, особенно в тех случаях, когда закрытая черепно-мозговая травма осложняется повторной травмой, соматическим заболеванием, инфекцией или интоксикацией.

Катамнестические данные указывают, что при соответствующей терапии часть больных с последствиями черепно-мозговой травмы сохранили или даже повысили свою квалификацию. Однако большинство больных, работая в своей прежней профессии, квалификацию снизили, что обусловлено в первую очередь не наличием припадков, а комплексом патологических расстройств, в том числе астенических.

Следует учитывать, что под влиянием трудовой деятельности у части больных дневные припадки постепенно отодвигаются к ночи, и в ряде случаев это способствует расширению трудовых рекомендаций.

Анализ материалов ВТЭК показывает, что ошибки при вынесении экспертного решения бывают связаны в основном с недооценкой возможностей больного, при некотором снижении трудоспособности, оставаться в прежней или близкой к ней профессии.

Наряду с этим во ВТЭ не всегда принимаются во внимание динамичность патологии, степень эффективности терапевтического воздействия и качество диспансерного наблюдения.

**Основные научно-методические положения:** 1. В клиническом диагнозе должны быть отражены все основные синдромы, характер и частота судорожных припадков и других пароксизмов, а также особенности психопатологической симптоматики.

2. Не следует употреблять термин «травматическая эпилепсия», более точен диагноз «последствия (или остаточные явления) закрытой черепно-мозговой травмы» с перечислением ведущих синдромов.

3. Указанную патологию необходимо дифференцировать с другими заболеваниями, сопровождающимися судорожным синдромом (нейроинфекция, опухоль, нарушение мозгового кровообращения).

4. К отличительным признакам отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы с судорожными пароксизмами следует относить: а) травму головы с потерей сознания и непосредственную связь с ней типичных болезненных проявлений; б) характерные жалобы больных на головную боль, тошноту, утомляемость, головокружение и т.д.; в) органические изменения (неврологическая симптоматика, арахноидит, атрофия мозгового вещества и проч.); г) объективно зарегистрированные судорожные пароксизмы; д) психические нарушения, в частности психическую астению, психопатоподобную



симптоматику, интеллектуально-мнестическое снижение, эмоциональные расстройства, невротические реакции; е) динамичность клинической симптоматики с общей тенденцией к регрессирующему типу течения, не исключающему обострений, или даже прогредиентность течения.

5. Склонность к полиморфизму симптоматики при последствиях закрытой черепно-мозговой травмы с судорожными пароксизмами и психическими нарушениями у больных требует особо тщательно соблюдать принцип комплексности обследования и индивидуальности подхода.

6. В сложных и неясных случаях ВТЭК должна проводить обследование больного в условиях производства и в быту.

7. При определении степени утраты трудоспособности необходимо учитывать симптоматику заболевания, сочетание различных синдромов и оценивать их в соответствии с конкретными условиями труда больного. Частые (более 5 в месяц) судорожные припадки и пароксизмы приводят больного к полной постоянной или длительной потере трудоспособности в обычных производственных условиях. Грубые психические расстройства, независимо от частоты припадков, также являются показанием для определения II группы инвалидности. В случаях, когда больные предчувствуют приступ или переносят абортивные, даже частые припадки, сочетающиеся с умеренными нарушениями психики, их трудоспособность может быть признана ограниченной. При редких или только ночных припадках в сочетании с умеренными неврологическими и психическими нарушениями больные признаются трудоспособными либо облегчение условий труда в необходимых случаях осуществляется решением ВКК.

8. В трудовой рекомендации следует учитывать как компенсирующее значение трудовой деятельности, так и противопоказания к тому или иному виду труда. При данной патологии противопоказана работа на высоте, в жарких помещениях, а также связанная с большим психическим напряжением, возможностью интоксикации промышленными ядами, постоянными и резкими наклонами головы и т. д.

9. Лицам, страдающим припадками с потерей сознания, противопоказаны водительские профессии, работа на конвейере, у движущихся механизмов и проч.

10. При решении вопросов трудоустройства следует (по возможности) сохранять больным работу в прежней или близкой профессии либо обеспечить трудовое устройство в профессиях, в которых можно использовать прошлый опыт и знания. Трудовая рекомендация должна быть конкретной, с перечислением показанных видов и условий труда.

11. Большая динамичность симптоматики при отдаленных последствиях закрытой черепно-мозговой травмы и эффективность терапии обуславливает необходимость систематического наблюдения и контроля за лечением и трудовой деятельностью инвалидов.

Во врачебно-трудовой экспертизе психически больных трудовая рекомендация играет важную роль, так как от ее обоснованности зависит не только профессиональная реабилитация, но и восстановление личностного и социального статуса инвалида, т. е. реабилитация в широком понимании этого слова.

Реабилитация психически больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы представляет сложную психосоциальную и клиническую проблему, требующую для своего решения оценки

всей совокупности клинических, психологических и физиологических данных, использования адаптационных и компенсаторных возможностей личности. Поэтому работа по социально-трудовой адаптации и реабилитации таких больных должна строиться на основе конкретных клинико-психосоциальных признаков, дифференцированно для различных контингентов больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы.

**Основные психопатологические проявления отдаленных последствий черепно-мозговой травмы.** Для клинической картины отдаленных последствий черепно-мозговой травмы с психическими нарушениями характерны полиморфизм и разнообразие сочетаний психопатологических расстройств. В связи с этим разделение их на определенные клинические группы представляет значительные трудности. В практике ВТЭ при отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы в зависимости от преобладания в клинической картине тех или иных психических нарушений и значения их для трудового прогноза целесообразно выделить 4 основных синдрома: астенический, психопатоподобный, пароксизмальный, синдром деменции. Каждый из них имеет свою структуру и особенности, которые влияют на функциональные возможности и соответственно на трудоспособность больных.

*Астенический синдром* наблюдается преимущественно у лиц молодого и среднего возраста с давностью заболевания около 5–7 лет и характеризуется симптомами повышенной утомляемости, ранимости, сенситивности, депрессивного фона настроения, слабости, раздражительности и склонности к вазовегетативным реакциям. При психологическом обследовании выявляются сужение восприятия, слабость концентрации внимания, повышенная отвлекаемость, однако познавательные функции не нарушены. На начальном этапе астенический синдром характеризуется преимущественно ослаблением психической деятельности, на более позднем — возможно развитие ипохондрической симптоматики. По структуре и тяжести клинических проявлений можно выделить три варианта астенического синдрома: неврозоподобный, астеновегетативный и астеноипохондрический.

При неврозоподобном варианте заостряются преморбидные черты личности, возникает склонность к депрессивным и истерическим реакциям.

Астеновегетативный вариант характеризуется, наряду с астенизацией личности, преобладанием вегетативно-сосудистых реакций, расстройством сна, склонностью к экзогенно обусловленным декомпенсациям в виде психосенсорных и оптико-вестибулярных расстройств.

При астеноипохондрическом варианте, помимо некоторого снижения психических функций и инертности нервных процессов, возникают разнообразные стойкие сенестопатии.

*Психопатоподобный синдром* характеризуется преобладанием эмоционально-волевых расстройств, проявляющихся в поведении больного, в то время как явления астении и органические изменения психики не являются ведущими в клинической картине. На состояние трудоспособности оказывают наибольшее влияние поведенческие расстройства и склонность к декомпенсациям. В практике ВТЭ необходимо учитывать различные варианты психопатоподобного синдрома: возбудимый, ипохондрический, истерический и паранойальный.

Возбудимый вариант проявляется эксплозивностью, неадекватностью эмоциональных реакций, резкими колебаниями настроения больных.

При ипохондрическом варианте больные предъявляют многочисленные жалобы неопределенного характера; у них имеются повышенная забота о здоровье и фиксация на своих ощущениях, тревожность, мнительность, раздражительность, сутяжные или истерические тенденции, изменчивость влечений и интересов, эгоизм, эгоцентризм, подержание аффектов.

Паранойяльный вариант характеризуется наличием кверулянтных тенденций, иногда сверхценными идеями собственной значимости и преследования, повышенной активностью в достижении цели.

Психопатоподобный синдром формируется обычно не ранее 10—15 лет после полученной травмы и тесно связан с возникшей психотравмирующей ситуацией. При нем также отмечается заострение преморбидных качеств личности.

Клиническая картина пароксизмального синдрома характеризуется наличием разнообразных судорожных приступов — больших, малых, по джексоновскому типу, атипичных и т. д.

*Синдром деменции* проявляется наличием деструктивно-органической симптоматики: истощаемостью психических процессов, значительными интеллектуально-мнестическими нарушениями, утратой прежних знаний и навыков, ослаблением критических способностей, различными аффективными расстройствами, нивелировкой черт личности. Во ВТЭ целесообразно выделить 3 варианта синдрома деменции: а) мориоподобный (снижение критических возможностей, расторможенность, дезорганизация поведения); б) апатико-абулический (падение уровня активности) и в) слабоумие общеорганического типа.

У большинства больных на этапе отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы наблюдаются различная микроочаговая неврологическая симптоматика, изменения на пневмоэнцефалограмме, электроэнцефалограмме и рентгенограммах черепа.

**Особенности динамики клинического состояния и прогноз трудоспособности больных.** На поздних этапах развития последствий черепно-мозговой травмы могут наблюдаться: а) симптоматика, обусловленная регрессирующим течением процесса; б) временная декомпенсация; в) патологическое развитие личности под влиянием психогенных факторов; г) утяжеление состояния, вызванное прогрессирующим течением процесса.

Имеется известная корреляция между характером клинических нарушений и динамикой состояния. Регрессирующее течение заболевания наиболее характерно для астенического и пароксизмального синдромов. Временная декомпенсация встречается при данной патологии наиболее часто — даже при нерезких признаках органического поражения головного мозга. Психопатоподобный синдром, наоборот, часто ведет к патологическому развитию личности и прогрессирующему течению заболевания.

Трудовой прогноз во многом определяется качеством, структурой и выраженностью психических нарушений на отдаленном этапе закрытой черепно-мозговой травмы.

Наиболее благоприятен трудовой прогноз при невротоподобном варианте астенического синдрома, когда часто отмечается регрессирующее течение процесса. Сохранность познавательных функций делает доступным для больных широкий круг профессий квалифицированного умственного и физического труда. Больные хорошо адаптируются в условиях обычного производства, однако вследствие легкой истощаемости психических процессов они нередко нуждаются в облегчении условий труда по решению ВКК. Больным с астеническим синдро-

мом противопоказаны тяжелый физический труд; работа на высоте, в горячих цехах, на производстве, где возможен контакт с нейротоксическими агентами; воздействие шума, вибрации и т. д. Не следует рекомендовать работу, требующую продолжительного сосредоточения внимания, значительного психического напряжения, заданного темпа выполнения задания.

Относительно благоприятен трудовой прогноз и при психопатоподобном синдроме, протекающем стабильно, без признаков патологического развития личности. Психопатоподобные изменения затрудняют преимущественно социальную адаптацию больных (поведение в быту, большом коллективе), но не ведут к деградации и не мешают приобретению новых знаний и навыков. Поэтому таким больным следует считать противопоказанной работу в сфере обслуживания, требующую постоянного контакта с людьми, в большом коллективе, административную работу, а также работу, связанную с вождением транспорта. Прогрессирующее течение психопатоподобного синдрома, склонность к патологическим реакциям или развитию в сочетании с общим снижением уровня личности, дезорганизацией поведения, отсутствием критики к своему состоянию делает необходимым трудоустройство таких больных в особо созданных условиях (спеццеха, надомное трудоустройство).

При пароксизмальном синдроме трудовой прогноз определяется не столько частотой и особенностями припадков, чаще экзогенно обусловленных, сколько степенью и характером изменений личности.

Если сохранность психических функций достаточна, а припадки протекают по джексоновскому типу, трудовой прогноз благоприятен. Наличие полиморфных припадков (эпилептиформных, абортивных, истероформных) ухудшает трудовой прогноз. При частых эпилептических припадках, сумеречных расстройствах сознания, тяжелых дисфориях и выраженных эпилептических или органических изменениях личности трудовой прогноз неблагоприятен, и труд больных возможен лишь в надомных условиях.

Неблагоприятен трудовой прогноз и у больных с синдромом деменции, при котором происходит стойкое снижение либо полная потеря трудоспособности. Нарушение познавательных функций не позволяет больным овладевать новыми знаниями, а прошлый опыт в значительной степени ими утрачивается, поэтому трудовая адаптация больных возможна только в специально созданных условиях (специальные участки, цеха, надомное трудоустройство).

Большое значение для социально-трудовой реабилитации больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы имеют преморбидные особенности личности, ее установки, мотивы, цели и устремления, которые определяют трудовую направленность. При высоком интеллектуальном потенциале, положительных установках и творческом отношении к трудовой деятельности трудовой прогноз весьма благоприятен. Наличие истерических, паранойяльных черт личности, склонность к формированию психогенно обусловленных патологических образований значительно затрудняют адаптацию больных к новым условиям жизни и работы, ухудшают трудовой прогноз.

Профилактика декомпенсаций психического состояния больного важна для осуществления эффективной социально-трудовой адаптации. Динамический контроль за состоянием больного, систематическая поддерживающая терапия, устранение депримирующих факторов предупреждают развитие реактивных образований и углубление симптоматики.

Высокий уровень образования, культуры, широта кругозора способствуют стойкой трудовой адаптации и реабилитации больных с данной патологией. Больные со средним и высшим образованием лучше адаптируются к условиям обычного производства. По мере снижения образовательного уровня адаптационные возможности больных уменьшаются. Правильный выбор профессии, проведение социально-оздоровительных, психологических, медицинских мероприятий, установление адекватных микросоциальных связей, положительного эмоционального тона также делают трудовой прогноз более благоприятным. Резкая смена трудового стереотипа, конфликтность и неприемлемость для личности создавшейся ситуации, высокие функциональные нагрузки ведут к снижению адаптационных возможностей больных.

При вынесении трудовых рекомендаций необходимо учитывать, что большинство больных, имевших до заболевания профессии станочников, строителей, водителей транспорта, работников сферы обслуживания и административно-хозяйственного персонала деqualифицируются. Не удерживаются в своей профессии лица, занимающиеся тяжелым физическим трудом. Работники слесарно-сборочных профессий, лица, относящиеся к категориям инженерно-технического, контрольно-инструкторского и младшего обслуживающего персонала обычно сохраняют трудоспособность в своей профессии.

В связи со слабостью и неустойчивостью психических процессов для инвалидов с психическими нарушениями в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы наиболее эффективными являются трудовые рекомендации, предписывающие сокращение объема работ или перевод в равноценную профессию без снижения квалификации, но с облегчением условий труда. Если возникает необходимость сменить профессию, следует рекомендовать близкую прежней профессии работу, причем подбор трудовых процессов или профессиональное переобучение следует проводить с учетом особенностей заболевания, функциональных возможностей больных, их интересов и склонностей.

Индивидуализированная и соответственно организованная трудовая деятельность для больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы является также активным лечебным и восстановительным средством, предотвращающим прогрессирование заболевания, ведущим к восстановлению здоровья и возвращению к общественно полезной жизни. Специальные правительственные постановления, предусматривающие право на неполный рабочий день, неполную рабочую неделю, работу на дому, использование дополнительного отпуска, а также возможность не включать инвалидов III группы в план при определении производственных норм, играют важную роль в реабилитации больных с психическими нарушениями при отдаленных последствиях закрытой черепно-мозговой травмы.

### **ВТЭ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ (ОЛИГОФРЕНИИ)<sup>1</sup>**

Большинство больных олигофренией нуждаются в различных формах социальной помощи — обучении, пенсионировании, трудовом и бытовом устройстве. В результате принятия нового Закона о пенсиях в 1956 г. больные олигофренией получили право на денежное пособие и перешли на 2—3-е место среди освидетельствуемых в пси-

<sup>1</sup> См. литературу № 8.

хиатрических ВТЭК, составляя 13—17% общего числа инвалидов с психическими заболеваниями. Среди психически больных, проживающих на селе, больные олигофренией составляют 20—30% освидетельствуемых во ВТЭК.

Среди больных олигофренией, освидетельствуемых во ВТЭК, инвалиды I группы составляют около 3—5%, II группы — 33% и III группы — 62%. По данным ВТЭК, обслуживающих психиатрические дома-интернаты и психиатрические больницы, число инвалидов II группы, страдающих олигофренией, составляет 50%.

**Тактика эксперта при определении трудового прогноза у олигофренов.** Непрогредентность состояний с задержкой умственного развития является наиболее важным критерием при определении трудового прогноза. Однако решение вопросов приспособления олигофренов к труду, обучения и переобучения, уточнение степени общеобразовательных возможностей, рекомендуемого им вида, режима и условий труда затрудняется полиморфизмом клинической симптоматики.

Успехи эмбриологии, генетики, биохимии, а также тенденция к комплексному изучению олигофрений резко увеличили число нозологических форм, возникающих вследствие внутриутробных и пренатальных заболеваний плода, приводящих к задержке умственного развития. В то же время учет этиологии заболевания во многих случаях позволяет определять правильный клинико-трудовой прогноз и рекомендовать не только конкретные виды труда, но и необходимое лечение.

В практике ВТЭ при олигофрении необходимо учитывать этиологию, степень тяжести интеллектуального дефекта, тип дефекта.

Несмотря на то, что единая классификация олигофрений до сих пор не разработана, можно выделить эндогенные и экзогенные олигофрении. К эндогенным относят наследственно обусловленные олигофрении, в то время как экзогенные вызываются различными инфекциями, интоксикациями и травмами во внутриутробном, пренатальном и постнатальном периодах развития плода и ребенка. Помимо этиологического фактора, для формирования клинической картины олигофрений большое значение имеет этап онтогенеза, с которым совпало воздействие патогенного фактора. Задачей психиатра-эксперта в каждом отдельном случае является уточнение этиологии и клинко-патогенетической характеристики заболевания, что иногда важно для лечения и последующего трудового устройства. Например, при олигофрениях, вызванных токсоплазмозом, врожденным сифилисом либо менингоэнцефалитом, перенесенным в раннем детстве или внутриутробно, большинство больных нуждаются в активном лечении, и труд может быть рекомендован как дополнение к медикаментозной терапии. Вопрос о трудовом устройстве и трудовых рекомендациях должен решаться в зависимости от эффективности терапии, а также тяжести и типа дефекта.

Степень интеллектуальной неполноценности больного определяется клинко-психологически, с учетом данных развития в раннем детстве, уровня общественных навыков и представлений. Выделяют 3 степени олигофрении: идиотия, имбецильность, дебильность.

**Идиотия** — самая глубокая степень интеллектуальной неполноценности — характеризуется выраженным недоразвитием речи, моторики, диспластичностью тела, простейшими полярными эмоциями. Больные нуждаются в постороннем уходе и надзоре, содержание их в семье крайне затруднено, поэтому многие постоянно находятся в психиат-

рических интернатах. При идиотии устанавливается I группа инвалидности.

*При имбецильности* из-за глубокого интеллектуального дефекта невозможно приобретение школьных знаний, больные не могут самостоятельно работать и организовать свою жизнь. Мышление конкретно, круг интересов узок, запас слов крайне ограничен, моторика недостаточная. Однако при соответствующей подготовке в специальных условиях, раннем привлечении к труду и длительном обучении олигофрены в степени имбецильности в большинстве случаев могут не только обслуживать себя, но должны быть приспособлены к простейшим видам труда. Если больные работают в специально созданных условиях под постоянным контролем, они являются инвалидами II группы; работающие вне таких условий, но с рядом облегчений, признаются инвалидами III группы.

Присоединение к интеллектуальной неполноценности эмоциональных расстройств, двигательных нарушений, пороков развития внутренних органов резко утяжеляет трудовой прогноз, и нередко в таких случаях больным устанавливается II или I группа инвалидности.

*Дебильность* — более легкая степень задержки умственного развития — характеризуется сужением объема восприятия, замедленностью процесса запоминания, примитивностью суждений, невозможностью создавать абстрактные представления, недостаточной критикой к своему состоянию. Больные могут осваивать лишь начальные школьные знания (в пределах 3—4 классов), чаще в условиях вспомогательной школы. Однако при правильном воспитании и обучении они могут овладевать трудовыми навыками и приобретать несложные профессии. Экспертное решение при олигофрении в степени дебильности зависит от характера и устойчивости трудового устройства больных и нередко определяется не столько интеллектуальной недостаточностью, сколько сопутствующими нарушениями, в частности в эмоционально-волевой сфере.

Таким образом, возможности трудового устройства и экспертная тактика не всегда зависят от степени олигофрении. Фактическая трудоспособность и профессиональная пригодность таких больных могут быть обусловлены в рядом других психопатологических нарушений, входящих в структуру слабоумия и составляющих в целом гот или иной олигофренический тип дефекта.

В практике ВТЭ целесообразно выделять 4 типа олигофренического дефекта:

1. Основной тип олигофренического дефекта, отличающийся устойчивостью эмоционально-волевой сферы, уравновешенными нервными процессами, без сопутствующих соматоневрологических нарушений.

2. Тип олигофренического дефекта с выраженными аффективно-волевыми нарушениями и психопатоподобным поведением (с глубокими аномалиями в формировании личности).

3. Астенический тип олигофренического дефекта, в котором умственная неполноценность сочетается с выраженной астенизацией психики.

4. Сложный тип олигофренического дефекта с наличием ряда соматопсихических нарушений и очаговых выпадений в неврологическом статусе, с судорожным синдромом и т. д.

*Основной тип олигофренического дефекта* отличается наиболее высоким процентом трудоустроенных больных. Больные этого типа олигофренического дефекта эмоционально устойчивы, уравновешенны,

добродушны, услужливы, трудолюбивы, выносливы к напряжению, упорядоченны в поведении. Олигофрены степени дебильности с основным типом дефекта хорошо обучаются во вспомогательных школах, могут освоить несложную профессию. Им можно рекомендовать простые плотницкие, слесарные, столярные работы, простейшую сборку, сортировку, различные подсобные виды труда (уборщица, грузчик, подносчик). Эти больные стойко удерживаются на работе, они добросовестны, исполнительны, большинство из них приобретают производственный стаж. Однако некоторые, даже овладев профессиональными навыками, из-за замедленности и слабости моторики не могут выполнять полной производственной нормы. По этой причине, а также в связи с более глубоким интеллектуальным снижением больные не удерживаются на предприятиях обычного типа.

Олигофрены степени имбецильности с основным типом дефекта могут быть включены в труд только в лечебно-трудовых мастерских или в надомных условиях.

Таким образом, при основном типе олигофренического дефекта только олигофрены степени глубокой имбецильности или педагогически запущенные больные, не обученные труду, могут признаваться инвалидами II группы. Олигофрены степени имбецильности с таким типом дефекта, даже стойко работающие, редко полноценно справляются со своими обязанностями и являются в основном инвалидами III группы.

При стойком трудовом устройстве больных степени дебильности, работающих на равных условиях с обычными людьми, нет основания считать их инвалидами.

*Олигофренический дефект с выраженными аффективно-волевыми нарушениями и психопатоподобным поведением* характеризуется, помимо интеллектуальной неполноценности, резкой возбудимостью, расторможенностью влечений и т. д. Чем глубже интеллектуальное снижение, тем грубее выступают черты психопатоподобного дефекта с дезорганизацией поведения.

Трудовое устройство таких больных редко бывает стабильным, поэтому они требуют индивидуального подхода, терпения и настойчивости. Важно, чтобы работа была для них посильной, так как при трудных заданиях аффективная неустойчивость увеличивается; больные нуждаются в переключении и частой смене трудовых операций и т. д. В то же время трудовое устройство этих больных является единственно эффективным терапевтическим средством. На период приспособления к труду, а также при направлении в лечебно-трудовые мастерские больных с таким типом олигофренического дефекта следует признавать инвалидами II группы. Больным, нуждающимся в создании ряда условий и способом работать только в цехах, использующих труд инвалидов, либо в сельском хозяйстве в облегченных условиях, целесообразно устанавливать III группу инвалидности. При удачном и стойком трудоустройстве их следует считать трудоспособными.

Олигофрены степени имбецильности с аффективными нарушениями и психопатоподобным поведением, как правило, к труду не пригодны и являются инвалидами II группы. Больные, нуждающиеся в постоянном надзоре, должны признаваться инвалидами I группы.

*Астенический тип олигофренического дефекта* характеризуется сочетанием умственной неполноценности с выраженной астенизацией психики в виде утомляемости, вялости, безучастности к окружающему. Олигофрены этого типа склонны к неожиданным реакциям с плачем.



растерянностью, негативизмом. Окружающими они воспринимаются как капризные, недисциплинированные люди. Эпизодически у них возникают аффективные разряды, истерические реакции на психотравмирующую ситуацию, дисфории, замкнутость в ответ на обиду или непосильные задания. В целом, однако, при астеническом типе дефекта установка больных на труд положительная и устойчивая. Более того, иногда имеется склонность вырабатывать сверхценное отношение к своим обязанностям, переоценка своих сил и возможностей. Из-за астенизации психики круг доступных профессий таким больным весьма ограничен. Они могут работать в картонажном производстве, осваивать персплетное, швейное дело, несложную штамповку, работать на пасеке, птицеводческой бригаде и т. д. Необходимо учитывать, что даже после освоения несложной профессии больные нуждаются в уменьшении объема труда, дополнительном отдыхе. В то же время следует подчеркнуть, что астенизация психики не является противопоказанием к трудовому устройству; напротив, в процессе трудовой деятельности больные становятся выносливее, живее, активнее. Поэтому необходимо осуществлять трудовое устройство лиц, признанных инвалидами III (реже II) группы в обычных производственных условиях, но с рядом облегчений, или в специально созданных индивидуальных условиях труда.

*Сложный тип олигофренического дефекта* характеризуется сочетанием психических нарушений с соматоневрологическими расстройствами. У больных отмечается резко выраженная неврологическая симптоматика (парезы, параличи, апраксия, агнозия, аграфия и т. д.), нередко глухота, эпилептические припадки и их эквиваленты. В отношении этой группы больных на первом месте стоят задачи терапии и бытового устройства; большинство из них являются инвалидами II и I групп.

Только некоторые больные при известной сохранности интеллекта и критики к своему состоянию могут быть признаны инвалидами III группы и соответствующим образом трудоустроены.

Обследование больных олигофренией во ВТЭК всегда должно носить комплексный характер. При первичном освидетельствовании необходимо собрать подробные сведения о наследственности, протекании беременности и родов у матери, перенесенных ею инфекциях и интоксикациях и т. д. Важно уточнить особенности развития больного в детстве, характер и эффективность проводившихся реабилитационных мероприятий (медицинских, трудовых, педагогических). Необходимо выявить не только степень олигофрении и тип дефекта, но также характер нарушения речи и моторики, пороки развития других систем и органов, что требует в ряде случаев консультации невропатолога, терапевта, окулиста, отоларинголога. Комплексное обследование позволяет устанавливать развернутый клинический диагноз.

Вопрос об определении группы инвалидности без указания срока пересвидетельствования может быть решен при идиотии и глубокой имбецильности, а также при тяжелых комбинированных психосоматических дефектах. В большинстве случаев больные олигофренией нуждаются в динамическом наблюдении. Иногда ВТЭК приходится решать вопрос о причине инвалидности в отношении олигофренов, получивших на производстве травму или профессиональное отравление. Если указанные факторы привели к декомпенсации, утяжелили клиническую картину, обострили течение основного заболевания, причину инвалидности следует соответственно изменить.

Необходимо подчеркнуть важность и перспективность трудового устройства олигофренов, возможности трудовой реабилитации которых расширяются по мере увеличения сети лечебно-трудовых мастерских и специализированных цехов на предприятиях, использующих труд инвалидов.

### **ВТЭ ПРИ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОМ ПСИХОЗЕ<sup>1</sup>**

Под маниакально-депрессивным психозом принято понимать патологическое состояние, выражающееся в основном болезненным изменением настроения.

По данным ВТЭК Ленинграда, отдельных областей РСФСР и других союзных республик, первичная инвалидность при маниакально-депрессивном психозе (МДП) колеблется от 0,3 до 3,5% среди всех впервые признанных инвалидами вследствие психических заболеваний. Как показывает само название, маниакально-депрессивный психоз проявляется маниакальной или депрессивной фазой или их сменой.

Маниакальная фаза характеризуется эйфорией (болезненно повышенным настроением) с переоценкой собственной личности, ускорением течения мыслей и двигательным возбуждением (маниакальная триада); депрессивная фаза, наоборот, — снижением настроения (депрессией) до глубокой витальной тоски с суицидными попытками, замедлением течения мыслей и двигательной заторможенностью. Помимо таких классических проявлений, возможно развитие состояний, когда эйфория, например, сочетается с заторможенностью, а депрессия — с двигательным возбуждением. Маниакальное и депрессивное состояния в своем развитии проходят определенные этапы, стадии развития. Так, гипоманиакальное состояние постепенно переходит в выраженную манию, а затем в маниакальное неистовство, которое кончается реактивной астенией. Депрессивная фаза также постепенно усиливается до выраженной, глубокой депрессии, сменяющейся астенией.

Приступ МДП кончается выздоровлением или так называемым светлым промежутком, когда трудоспособность больного полностью восстанавливается.

Формы течения МДП самые различные по длительности и количеству фаз, по преобладанию депрессивных или маниакальных состояний. Длительность фаз может быть ограничена 2—3 нед или затягиваться до года и более. В течение жизни больного может быть от 1—2 до 20—25 фаз. Светлые промежутки бывают длительными и продолжаются несколько лет, либо короткими, до нескольких недель. Возможно монофазное течение, когда повторяется только одна фаза — маниакальная или депрессивная, и бифазное, когда одна фаза сменяет другую со светлым промежутком или без такового.

Абортивная форма МДП носит название циклотимии и проявляется нерезким снижением настроения без суицидных мыслей, реже некоторым подъемом настроения с повышенной активностью.

**Основные научно-методические положения.** Благоприятный клинический и трудовой прогноз при МДП, отсутствие интеллектуальных расстройств и органических изменений психики дают основание считать больных трудоспособными в светлом промежутке, когда они могут продолжать работу в своей профессии без всяких ограничений. На период выраженной болезненной фазы их следует признавать временно нетрудоспособными. Однако это не исключает возможности

<sup>1</sup> См. литературу № 9.

определения группы инвалидности в случае, когда заболевание, начавшись в молодом возрасте, проявляется постепенно удлиняющимися повторными фазами, принимает затяжное течение, или в случаях, когда выраженные сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения осложняют заболевание и ухудшают трудовой прогноз.

В то же время анализ материалов ВТЭК показывает, что в ряде случаев больным в «светлом промежутке» необоснованно устанавливается III, а иногда II группа инвалидности. Могут быть допущены ошибки противоположного характера, когда в ожидании благоприятного исхода заболевания больные без должных к тому оснований длительное время признаются временно нетрудоспособными.

Необходимо подчеркнуть, что клинический диагноз при МДП должен основываться на комплексном обследовании больного, проведении дифференциального диагноза с заболеваниями, сопровождающимися аффективными расстройствами иной этиологии (периодическая шизофрения, последствия закрытой черепно-мозговой травмы, интоксикационные, инфекционные и реактивные психозы и проч.). Особенно тщательно следует анализировать атипичную симптоматику.

При оформлении клинического диагноза МДП должны быть раскрыты течение заболевания в целом, характер болезненной фазы и степень ее выраженности, длительность светлых промежутков, осложнения.

Определение группы инвалидности может быть обусловлено: а) длительностью фазы (от 1 до 3 лет и более); б) очень короткими светлыми промежутками (дни, недели) при многократных и частых фазах; в) осложнением МДП другим присоединившимся заболеванием. В таких случаях больным следует устанавливать II группу инвалидности и рекомендовать работу в лечебно-трудовых мастерских или на дому; при сравнительно коротких светлых промежутках может быть рекомендована работа в спеццехе. При длительных и стойких светлых промежутках оснований для определения группы инвалидности не имеется.

При затяжных циклотимических фазах, когда маниакальный или депрессивный синдромы выражены умеренно, но есть необходимость рекомендовать уменьшение объема или предоставление облегченных условий труда, может быть установлена III группа инвалидности при динамическом наблюдении.

Экспертное решение при МДП должно быть тщательно обоснованным, соответствовать содержанию акта и трудовой рекомендации ВТЭК.

## ВТЭ ПРИ НЕВРОЗАХ И ПСИХОПАТИЯХ<sup>1</sup>

К малой, или пограничной, психиатрии относятся неврозы и психопатии. Трудности дифференциальной диагностики между неврозоподобными и психопатоподобными состояниями, развивающимися вследствие различных соматических и психических заболеваний, требуют от врача-эксперта четкого представления о сущности невроза и психопатий, их клинических проявлениях и функциональной характеристике. Без динамической оценки клинической симптоматики и анамнеза больного дифференциальный диагноз между психопатиями и неврозами часто представляется затруднительным.

<sup>1</sup> См. литературу № 10, 11.

Нередко имеет место упрощенный подход к оценке трудоспособности таких больных, причем в одних случаях они без достаточных оснований признаются инвалидами, в других, несмотря на психические нарушения, препятствующие выполнению того или иного вида труда, — трудоспособными.

**Экспертиза трудоспособности при неврозах.** Под неврозами понимаются психогенно обусловленные нервно-психические функциональные расстройства, возникающие в результате невозможности разрешить жизненные трудности. Среди неврозов принято различать неврастение, истерию, психастению и невроз навязчивых состояний.

*Неврастения* характеризуется повышенной истощаемостью при физических и умственных нагрузках, слабостью, утомляемостью, эмоциональной лабильностью, раздражительностью. Настроение у больных постоянно снижено, имеются разнообразные неопределенные неприятные соматические ощущения, на фоне которых возникает ипохондрическая настроенность.

В формировании неврастения большое значение имеют не только переутомление, но и различные трудно разрешимые ситуации, приводящие иногда к элементам «бегства в болезнь» и уходу от поисков путей их разрешения. Когда конфликтная ситуация исчерпывается или переутомление после отдыха и лечения проходит, серьезных последствий заболевания не остается.

Обратимый характер заболевания, хорошая курабельность, тесная связь с психогенной ситуацией дают все основания расценивать неврастение как заболевание, не приводящее к стойкому снижению трудоспособности. Более того, признание таких больных инвалидами может способствовать углублению их болезненного состояния.

*Истерический невроз* является заболеванием, более сложным и многообразным по клинической картине, чем неврастения. Несмотря на то, что истерия развивается преимущественно при психопатическом складе характера, она может встречаться и у лиц, не обладающих чертами такового. Поведение больных определяется прежде всего ярко выраженными эмоциональными реакциями, превалирующими над интеллектуальной, рассудочной деятельностью.

Клинически истерия проявляется в виде капризности, демонстративности, легкой внушаемости и самовнушаемости. Переживания больных легковесны, изменчивы, театральны, направлены на «публику». Многие симптомы истерии можно рассматривать как подсознательные защитные реакции по типу «двигательной бури» или «мнимой смерти». Так, «двигательная буря» отмечается у больных в виде демонстративности, хаотических движений, вплоть до истерической «дуги», криков, плача. Реакция «мнимой смерти» проявляется в параличах, парезах, амаврозе, афонии, отсутствии кожной чувствительности, иногда в форме летаргического сна. Психогенно при истерии могут возникать разнообразные неврологические и соматические стигмы, имитирующие симптомы самых различных заболеваний.

Во ВТЭ при определении трудового прогноза у больных истерией необходимо учитывать стадию заболевания и степень выраженности симптоматики. Психогенный характер заболевания, лабильность симптоматики, стремление к «бегству в болезнь» от конфликтной ситуации требуют осторожного подхода к установлению группы инвалидности при истерии, так как признание таких больных инвалидами способствует фиксации болезненных переживаний. Без длительного и упорного лечения больные даже с частыми истерическими припадками, парезами и параличами не должны направляться на ВТЭК.

Однако в случаях длительного течения заболевания и безуспешной стационарной терапии, выраженной фиксации и автоматизации истерической симптоматики, стойкости и длительности истерических параличей, парезов, афоний, амавроза, частых припадков или сумеречных расстройств сознания больные, несмотря на психогенный характер этих нарушений, должны признаваться инвалидами. Группа инвалидности (III или II) зависит от степени выраженности нарушений в двигательной сфере или органов чувств.

*Психастения* занимает как бы промежуточное положение между неврозом и психопатией. Психастения как невроз возникает преимущественно у лиц психастенического склада характера и проявляется в нерешительности, неуверенности в себе в виде тревожных опасений, повышенной склонности к самоанализу, бесплодному мудрствованию, «умственной жвачке». Если у больных психастенией возникают навязчивые страхи, мысли, воспоминания, представления и т. д., то можно говорить о *неврозе навязчивых состояний*. Наряду с этим у больных полностью сохранено критическое отношение к своим переживаниям.

Психастения и невроз навязчивых состояний малокурабельны и могут длиться в течение ряда лет. При экспертизе трудоспособности в большинстве случаев таких больных не следует признавать инвалидами. Психогенный характер клинической симптоматики и критическое отношение к своим переживаниям позволяют больным компенсировать болезненное состояние и продуктивно трудиться. Однако в небольшом числе случаев при резко выраженной симптоматике или специфическом характере навязчивостей, затрудняющих работу по специальности (например, навязчивый страх высоты у монтажника-высотника), на период переквалификации больной может быть признан инвалидом III группы.

В целом, следует подчеркнуть, что основой для экспертной оценки больных неврозами являются четкая клиническая диагностика с указанием психологической формы заболевания, степени выраженности и динамики ведущего синдрома<sup>1</sup>.

В практике ВТЭ наибольшее значение имеют истерическая, возбудимая и паранойяльная формы психопатий. Большие колебания в удельном весе инвалидности при психопатиях указывают либо на различные критерии диагностики, либо оценки трудоспособности при данной нозологической форме.

Под психопатией понимается патология личности за счет врожденных или приобретенных аномалий темперамента и характера. Психопатия не ведет к снижению интеллекта или познавательных способностей. При отсутствии единой классификации наиболее принятыми являются следующие формы психопатий: истерическая, возбудимая, паранойяльная, астеническая, психастеническая, дистимическая, перверзная, причем первые три наиболее важны для ВТЭ.

*Истерическая психопатия* проявляется выраженным эгоцентризмом, повышенной эмоциональной лабильностью, склонностью к фантазиям и псевдологии, внушаемостью, театральностью, демонстративностью, расчетом на внешний эффект. Одновременно при некоторых жизненных трудностях возникает тенденция уйти от них, отмечается склонность к слезам. В случае какого-либо заболевания больные нередко переоценивают тяжесть своего состояния, требуют специального подхода, особого внимания и т. д.

<sup>1</sup> Врачебно-трудовая экспертиза при неврозах и психопатиях. Инструктивно-методическое письмо. Диспропетровск, 1966.

При *возбудимой психопатии* на первый план выступают взрывчатость, эксплозивность, импульсивность, склонность к агрессии, иногда самоистязанию.

*Паранойяльная форма психопатии* характеризуется переоценкой личности своих способностей и возможностей, повышенным стремлением к «справедливости», желанием без достаточных оснований критиковать работу других и не видеть своих ошибок. Больные недоверчивы, подозрительны, и в связи с этим у них легко возникают сутяжно-паранойяльные тенденции.

Ни одна из указанных форм психопатий сама по себе не является достаточным основанием для направления на ВТЭК. При истерической форме психопатии критерием определения группы инвалидности чаще всего являются затяжные фиксированные психогенно обусловленные истерические реакции (параличи, парезы). Вместе с тем следует учитывать, что признание больного инвалидом может углубить истероидные психопатические черты характера.

При психопатии возбудимого типа основанием для направления больных на ВТЭК с целью установления инвалидности является наличие агрессивности, конфликтности в поведении, а при паранойяльной — сутяжно-кверулянтские тенденции, мешающие работе коллектива и порождающие дезорганизацию.

Как при возбудимой, так и при паранойяльной формах психопатии самой действенной формой профилактики инвалидности являются рациональное трудоустройство, правильный выбор вида труда, включая рекомендации ВКК о переводе на другую работу или предоставлении облегченных условий в прежней профессии. К стойкому снижению трудоспособности при паранойяльной психопатии, установлению III, а иногда и II группы инвалидности приводит развитие стабильных систематизированных паранойяльных сверхценных или бредовых идей (сутяжничества, кверулянтства, изобретательства и т. д.).

К основным причинам ошибок при врачебно-трудовой экспертизе больных психопатией относятся: 1) переоценка тяжести патологии; необоснованность установления факта инвалидности и ошибочное определение группы инвалидности; 2) недостаточное внимание к изучению личности освидетельзуемого; 3) нечеткое разграничение неврозов, требующих активного лечения, и психопатий, требующих в основном рационального трудоустройства; 4) недостаточно четкое разграничение психопатий и психопатоподобных состояний различного генеза; 5) неполное использование возможностей рационального трудоустройства по рекомендации ВКК лечебных учреждений.

Поскольку инвалидность (как правило, III группа) при психопатиях устанавливается только на период декомпенсации или переквалификации, во всех случаях показаны активное лечение, динамическое наблюдение и рациональное трудоустройство больных. При психопатиях возбудимого и истерического круга не рекомендуется административная работа, а также работа, связанная с вождением автотранспорта, ношением оружия и т. п. При выраженной психопатии паранойяльного круга предпочтительнее работа в небольшом коллективе (например, чергежника в конструкторском бюро, переводчика в кабинетных условиях, слесаря по индивидуальной сборке, пчеловода и т. п.).

При определении группы инвалидности больным психопатией в Акте освидетельствования во ВТЭК должно быть указано обоснование экспертного решения, в частности степень и глубина декомпенсации, невозможность оставления на прежней работе, необходимость переквалификации и проч.

## ВТЭ ПРИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ<sup>1</sup>

Несмотря на определенные успехи в лечении большинства инфекционных заболеваний, удельный вес отдаленных последствий нейроринфекций (менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты) среди других нервно-психических расстройств остается весьма значительным. Так, среди впервые освидетельствованных во ВТЭК психически больных лица, перенесшие инфекционное заболевание головного мозга, составляют 25%. При этом I и II группы инвалидности устанавливались у них в 43,8% случаев. Нередко одной из главных причин, определяющих нарушение трудоспособности, являются изменения психики, развившиеся у больных в отдаленном периоде инфекционного поражения головного мозга. Психопатологические нарушения у этих больных могут проявляться как в виде легких психических расстройств астенического круга, так и тяжелых деструктивно-органических изменений. Клинический анализ симптоматики и динамики психопатологических нарушений позволяет определить трудовой прогноз, уточнить пути и возможности реабилитации. Показаниями для направления на ВТЭК больных с психопатологическими расстройствами служат выраженные изменения психики, а также наличие противопоказанных условий труда и необходимость перевода на работу со снижением квалификации или уменьшением ее объема.

Наиболее распространенными клиническими формами психотических расстройств у больных с отдаленными последствиями нейроринфекции являются астенический, психопатоподобный и психоорганический синдромы.

*Астенический синдром* обычно сочетается с другими нарушениями и квалифицируется как астеноневротический, астеновегетативный, астеноипохондрический или астеноорганический. Астенизация психики занимает среди указанных вариантов центральное место и определяет решение вопросов трудоспособности. Астенический синдром любого генеза отличается большим многообразием, однако при отдаленных последствиях нейроринфекции он обусловлен не функциональными, а морфологическими изменениями центральной нервной системы. При экспертизе трудоспособности следует оценивать в первую очередь глубину и тяжесть астении органического типа. В клинической картине, помимо таких общих симптомов, как резкая истощаемость, утомляемость, слабодушие и т. п., обращает на себя внимание безинициативность, вялость больных, наличие расстройств пространственного восприятия, психосенсорные нарушения, жалобы на загромождение мышления и расстройства памяти, хотя последние объективно не подтверждаются. У ряда больных на первый план выдвигаются жалобы на нерешительность, тревогу, сомнения, сознание своей неполноценности и непригодности к жизни. В клинической картине астенического синдрома нередко находят отражение преморбидные особенности личности с сугубо индивидуальным отношением к болезни, специфическими переживаниями, мотивами и установками. В подобных случаях астеня приобретает различные оттенки — астеноневротический — со склонностью к неврастеническим реакциям, астеноипохондрический — с «уходом в болезнь» и т. д. При астеноорганическом варианте преобладают жалобы на снижение памяти, сужение объема

<sup>1</sup> См. литературу № 12.

внимания, затруднения в усвоении нового, головные боли, т.е. акцентированы жалобы органического характера.

Характерной для астенического синдрома является возможность при повышении умственного и психического напряжения срыва компенсации, приводящего к выявлению скрытых расстройств. При определении степени трудоспособности таких больных необходимо учитывать, что умеренно выраженные функциональные нарушения позволяют оставлять их на прежней работе с ограничениями по ВКК или без таковых. В частности, важно включение в труд лиц с астено-невротическими и астеноипохондрическими жалобами; отрыв их от трудовой деятельности нередко способствует фиксации на болезненных ощущениях.

При выраженном астеническом синдроме, особенно в сочетании с вегетативно-сосудистыми нарушениями, больные иногда не могут выполнять своих прежних обязанностей в полном объеме, что является основанием для определения им III группы инвалидности. Устанавливать III группу инвалидности следует также на период обучения и переобучения больных, так как астения не является противопоказанием к приобретению новой профессии.

Несмотря на возможность в отдельных случаях определения II группы инвалидности, в частности для продления лечения, стойкой и длительной утраты трудоспособности при астеническом синдроме, как правило, не наблюдается.

*Психопатоподобный синдром* характеризуется не органическим снижением личности, а изменением ее характерологических качеств. В клинической картине обычно преобладают эмоционально-волевые расстройства и нарушения поведения. Могут доминировать аффективная возбудимость, эксплозивность, неадекватность реакций или повышенная слезливость, ранимость, нерешительность. При чрезмерной изменчивости влечений и побуждений, поверхностности интересов и привязанностей на первый план в синдроме выступают истерические проявления.

Следует подчеркнуть, что так же, как при астеническом синдроме, истерическая окраска переживаний нередко связана с преморбидными особенностями личности, которые под влиянием органического заболевания головного мозга и ломки жизненного стереотипа заостряются.

При определении трудоспособности таких больных нужно учитывать, что психопатоподобные нарушения при отсутствии противопоказанных условий труда не ведут к потере квалификации, не препятствуют приобретению знаний, а лишь затрудняют адаптацию в коллективе. Наличие только аффективно-волевых расстройств и психопатоподобного рисунка поведения не является основанием для признания больного инвалидом.

Однако при выраженной возбудимости, несдержанности больных им противопоказаны профессии, связанные с вождением транспорта, постоянным общением с людьми в большом коллективе, административные и ответственные должности, работа в сфере обслуживания и педагогическая деятельность. При невозможности рационального трудоустройства без снижения квалификации устанавливается III группа инвалидности на период адаптации к новой профессии и условиям труда. Ограниченно трудоспособными признаются также лица, если в клинической картине заболевания, помимо психопатоподобных изменений, отмечаются признаки органического снижения психики.

*Психоорганический синдром* проявляется истощаемостью психических процессов, сужением объема восприятия и внимания, идеатор-



ной и моторной заторможенностью, мнестическими расстройствами. Могут встречаться также психосенсорные и вестибулярные расстройства, аффективно-волевые нарушения и сужение круга интересов. При психоорганическом синдроме затруднено приобретение новых навыков, иногда в значительной мере утрачиваются прошлые знания. Степень психоорганического синдрома различна — от сравнительно легкой до органического слабоумия.

Трудоспособность больных с психоорганическим синдромом оказывается значительно сниженной или полностью утраченной. При умеренно выраженном органическом психосиндроме больные признаются инвалидами III группы и могут работать в прежней профессии с уменьшением объема работы и нормы выработки, освобождением от регламентированного темпа, сокращением рабочего дня. При вынесении трудовых рекомендаций нужно учитывать, что психоорганический синдром препятствует в ряде случаев обучению новой профессии и выполнению работ, требующих длительного и непрерывного нервно-психического напряжения.

Выраженный психоорганический синдром, ведущий к значительным эмоционально-волевым нарушениям, особенно в сочетании со стойкими ликвородинамическими и вегетативно-сосудистыми расстройствами, а также протекающий с частыми рецидивами, может служить основанием для установления II группы инвалидности. Состояния органического слабоумия, требующие надзора и ухода за больными, ведут к определению I группы инвалидности.

Наиболее частыми ошибками ВТЭК являются недооценка или, напротив, переоценка выраженности клинической симптоматики, неправильное определение характера течения заболевания и неполный учет социальных факторов: профессии, вида и условий труда, возможностей трудового устройства без снижения квалификации и уменьшения объема производственной деятельности.

## ВТЭ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ<sup>1</sup>

К числу наименее разработанных и наиболее трудных относятся вопросы врачебно-трудовой экспертизы при психических заболеваниях, развивающихся на почве хронического алкоголизма.

Во ВТЭК больные, у которых диагноз хронического алкоголизма является основным, направляются относительно редко и только в тех случаях, когда в них вследствие тяжелого болезненного состояния снижается квалификация или они совсем прекращают работу.

Хронический алкоголизм является определенной формой токсического поражения центральной нервной системы. При врачебно-трудовой экспертизе лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, заключение о трудоспособности выносится после комплексного клинического обследования свидетельствуемого.

Основное значение для экспертизы трудоспособности лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, имеют следующие клинические формы алкогольного генеза: а) острые алкогольные психозы; б) затяжные алкогольные психозы; в) алкогольная деградация психики.

К *острым алкогольным психозам* относятся белая горячка, острый алкогольный галлюциноз и острый алкогольный параноид. Эти заболевания длятся обычно от нескольких дней до нескольких недель (подострые формы) и обуславливают временную нетрудоспособность.

<sup>1</sup> См. литературу № 13.

Только в отдельных случаях, при невозможности продолжать трудовую деятельность из-за частых рецидивов заболевания, возникает необходимость направления больных на ВТЭК и определения им II группы инвалидности.

Среди *затяжных алкогольных психозов* наибольшее значение для ВТЭ имеют хронический алкогольный галлюциноз, корсаковский психоз и алкогольный бред ревности.

Хронический алкогольный галлюциноз может длиться годами, существенно не отражаясь на трудоспособности. Больные остаются достаточно контактными, интеллектуально сохранными, критически относятся к своим переживаниям. В период обострения заболевания при стационарном лечении им устанавливается временная нетрудоспособность.

Если хронический галлюциноз протекает с отсутствием критики к обманам восприятия, с неправильным поведением и интеллектуальным снижением, больным может быть установлена III или II группа инвалидности. В случаях затяжных алкогольных галлюцинозов с полиморфной картиной необходим дифференциальный диагноз с шизофренией.

При вынесении экспертного решения больным с алкогольным бредом ревности также могут возникать значительные трудности. При большой эмоциональной насыщенности бреда, отсутствии критики к переживаниям, стойком неправильном поведении, ведущем к необходимости лечения в стационарных условиях, больным определяется II группа инвалидности. II группа инвалидности устанавливается также в случаях, когда больной направляется на длительное принудительное лечение после совершенных им по болезненным мотивам правонарушений.

Алкогольный бред ревности требует тщательного дифференциального диагноза с шизофренией.

При корсаковском психозе больные быстро и надолго теряют трудоспособность, а в некоторых случаях даже нуждаются в постороннем уходе. Только после длительного лечения и воздержания от алкоголя возможна некоторая компенсация, позволяющая вернуться к труду при значительном снижении трудоспособности.

Одной из тяжелых форм алкогольной патологии является так называемая алкогольная эпилепсия, которая может протекать различно: у одних свидетельствуемых эпилептические припадки редкие и не снижают существенно трудоспособности, у других — частые и могут значительно нарушать трудовые возможности больных.

Обобщение вышеизложенного может быть сформулировано следующим образом:

1. Временная нетрудоспособность определяется в случаях: а) острых алкогольных психозов; б) обострения хронического алкогольного галлюциноза; в) стационарного лечения по поводу приступа делириозной психомании, состояния похмелья, протекающего с делириозными компонентами, тяжелыми расстройствами настроения, суицидными мыслями и т. д.

2. Инвалидность III группы устанавливается в случаях: а) хронического алкогольного галлюциноза, если после длительного лечения у больных не наблюдается критического отношения к болезненным переживаниям, что отражается в поведении и ведет к перемене работы со снижением квалификации; б) выраженной деградации психики, обуславливающей резкое снижение квалификации; в) алкогольной эпилепсии с частыми припадками, что требует перемены профессии со снижением квалификации.

3. Инвалидность II (крайне редко I) группы устанавливается в случаях: а) часто рецидивирующего или затяжного алкогольного психоза с неправильным поведением и отсутствием критики к болезни, требующего длительного стационарного лечения больных в психиатрических больницах; б) алкогольной эпилепсии с частыми припадками и глубокой алкогольной деградацией психики; в) алкогольного бреда ревности в сочетании с бредом преследования, с неправильным, социально опасным поведением, требующим длительного стационарного лечения; г) корсаковского психоза с выраженными расстройствами памяти; д) выраженной алкогольной деградации в сочетании с другими неблагоприятно протекающими психическими заболеваниями; е) глубокой деградации личности, сопровождающейся стойкими соматоневрологическими нарушениями алкогольной этиологии, делающими больных полностью нетрудоспособными.

Инвалидность II группы, таким образом, может быть определена только в случае направления больного на длительное стационарное лечение или если больной по тяжести состояния находится под опекой.

### ВТЭ ПРИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПСИХОЗАХ<sup>1</sup>

Психические расстройства, развивающиеся в инволюционном периоде (45—60 лет), возникают у лиц с большим профессиональным стажем, опытом и квалификацией. Это определяет их особое значение в экспертизе трудоспособности.

Практика ВТЭ показывает, что многие формы инволюционных психозов не принимают хронического течения, при своевременном лечении развиваются благоприятно и не приводят к инвалидности.

Некоторое замедление умственной деятельности, в частности процессов восприятия и осмысления нового, связанное с физиологическими механизмами пресенильного периода, в привычной для человека сфере деятельности легко компенсируется жизненным и профессиональным опытом. Однако сам возраст не является обязательным условием для возникновения инволюционных психических расстройств. Только патологически протекающая инволюция приводит к психическим нарушениям. Помимо этого, следует иметь в виду возможность развития в предстарческом возрасте атрофических процессов Альцгеймера и Пика, приступов маниакально-депрессивного психоза и шизофрении, отличающихся в подобных случаях большим своеобразием течения, что затрудняет дифференциальную диагностику с инволюционным психозом.

В целях врачебно-трудовой экспертизы группу психических инволюционных заболеваний можно разделить на:

- а) невротические и психогенные реакции;
- б) инволюционную истерию;
- в) инволюционные психозы (инволюционная меланхолия и инволюционный параноид) с различными вариантами течения.

*Невротические и психогенные реакции* особенно легко развиваются у лиц с психопатическими чертами характера, с повышенной эмоциональной лабильностью, мнительностью и тревожностью, на фоне эндокринно-вегетативных нарушений, возникающих в период инволюции. Клинически они проявляются в виде астенических, ипохондрических и истерических расстройств, как правило, достаточно ку-

<sup>1</sup> См. литературу № 14.

рабелных в амбулаторных, стационарных и санаторных условиях и не приводящих к стойкой утрате трудоспособности.

Однако, если невротические реакции формируются у больных психопатией с явлениями патологического развития личности, олигофренией или у больных с резидуальными признаками органического поражения головного мозга, тяжелыми вазопатиями, гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом и другими соматическими заболеваниями, они могут приобретать затяжной характер и приводить к снижению трудоспособности. В этих случаях терапия неврастенических и психогенных реакций бывает недостаточно эффективной. Однако признавать подобных больных инвалидами III группы следует лишь при затяжных реактивных состояниях, развивающихся на фоне выраженных сосудистых нарушений или сопутствующих соматических заболеваний.

*Инволюционная истерия* характеризуется неврозоподобной симптоматикой, отражающей начальный этап органической инволюции. Заболевание развивается у активных, стеничных лиц (чаще женщин), совсем не склонных в прошлом к истерическим реакциям. Проводимая терапия в ряде случаев даст непродолжительный эффект, и поэтому в дальнейшем может возникать необходимость значительного уменьшения объема выполняемой работы, что обуславливает определение III группы инвалидности.

*Инволюционные психозы* клинически проявляются в двух формах — инволюционной меланхолии и инволюционного параноида. После начального этапа заболевания, характеризующегося неврозоподобной клинической картиной, возникают нарастающие психотические расстройства — параноид или депрессия с тревогой и двигательным беспокойством.

Трудовой прогноз при обеих формах зависит от течения заболевания и сопутствующих или осложняющих течение психоза органических заболеваний головного мозга.

В практике ВТЭ целесообразно различать следующие варианты течения заболевания.

**Инволюционные психозы с благоприятным течением и исходом в выздоровление или ремиссию с восстановлением трудоспособности.** Инволюционная меланхолия, протекающая с яркой аффективно окрашенной депрессивной симптоматикой, тревогой, тоскливостью, активными идеями самообвинения, ущерба, обнищания, с бредом отрицания органов, достигающим выраженности синдрома Котара, а также с периодами спутанности на высоте аффекта, имеет благоприятный прогноз. Прогноз улучшается, если до заболевания личность отличалась стеничностью и уравновешенностью нервных процессов.

При инволюционном параноиде прогностически благоприятны аффективная насыщенность бреда, значительный чувственный элемент в переживаниях болезни. Чем более сложна и полиморфна структура бреда, тем относительно благоприятнее клинико-трудовой прогноз.

Во время острого психотического состояния больные, естественно, являются временно нетрудоспособными. После активного лечения они могут возвращаться к прежней работе.

**Инволюционные психозы с исходом в стойкое астеническое состояние или дефектное состояние другого типа.** Психотический эпизод (меланхолия или параноид) протекает относительно благоприятно, но после него остается затяжное астеническое состояние или апатико-

абулическая симптоматика органического генеза. Причиной затяжной астении или апатико-абулии является в основном церебральный атеросклероз, особенно у лиц с чертами тревожности. В среднем лишь через 1—1,5 года после окончания психотического приступа состояние больных стабилизируется, однако трудоспособность обычно полностью не восстанавливается. Возникает необходимость определения больным III группы инвалидности и их активного трудоустройства, так как остаются повышенная истощаемость, замедленность психических процессов, снижение по органическому типу, трудность адаптации к новому, невыносимость к длительному напряжению. В отношении этой категории больных можно руководствоваться следующими положениями: на первых этапах лечения устанавливается временная нетрудоспособность; если психотический приступ затягивается свыше 4—5 мес, обосновано определение II группы инвалидности на 1 год; при улучшении и стабилизации состояния больного возможен перевод его в менее тяжелую, III, группу инвалидности.

**Инволюционные психозы с длительным неблагоприятным течением и полной потерей трудоспособности.** Затяжное, неблагоприятное течение инволюционных психозов бывает нередко связано с сопутствующими соматическими и сосудистыми заболеваниями или остаточными явлениями органического поражения головного мозга различной этиологии. О неблагоприятном прогнозе заболевания свидетельствует своеобразная смена симптоматики, когда больные, ранее бывшие напряженными, тревожными, беспокойными, становятся вялыми, пассивными, безразличными, монотонными. Депрессивные высказывания не отражаются в мимике и поведении больных; бред носит стойкий, однообразный, элементарный характер, чаще всего имеются отрывочные бредовые идеи преследования. Постепенно нарастают апатия, признаки органического психосиндрома.

Течение болезни принимает затяжной или хронический, прогрессирующий характер, и больные признаются инвалидами II или I группы.

**Инволюционные психозы со злокачественным течением и прогрессирующим слабоумием.** Эта группа инволюционных психозов встречается редко. Инволюционная меланхолия или параноид протекает грубо прогрессирующе, инволюция сопровождается явлениями эндокринной катастрофы, картиной общего истощения и глубокого слабоумия. Больные длительно находятся в стационарах, полностью утрачивают трудоспособность и могут нуждаться в постороннем уходе и надзоре. Нередко в течение 2—3 лет заболевание заканчивается смертью.

Суммируя вышесказанное, необходимо подчеркнуть, что проблема инволюционных психозов весьма сложна, их клинические исходы изучены недостаточно, и поэтому при возникновении в инволюционном периоде психического заболевания в первую очередь необходимо уточнение диагноза. Инволюционные психозы нужно дифференцировать с поздней шизофренией и манифестацией маниакально-депрессивного психоза, сосудистыми психозами, болезнью Альцгеймера и Пика.

Трудоустройство больных, перенесших инволюционные психозы, зависит от типа и выраженности изменения психики. При изменениях психики по астеническому типу больные остаются интеллектуально сохранными, но снижаются их уверенность в себе, выносливость к напряжениям, замедляется темп производственной деятель-

ности. При выработке адекватной самооценки своих возможностей они могут возвращаться к работе в прежней профессии, но с облегченным режимом труда, уменьшением объема работы, сокращенным рабочим днем и т. п. Правильная трудовая рекомендация в подобных случаях имеет большое профилактическое значение.

При изменениях психики по органическому типу, т. е. развитии органического психосиндрома, экспертная тактика зависит от степени психических изменений и сохранности критического отношения больного к ним. Если критика полностью утрачена, больные не могут быть приспособлены к труду и надолго остаются инвалидами II и I группы. При сохранности критического отношения больного к психическим изменениям необходимо учитывать их степень и в зависимости от этого рекомендовать форму, объем и режим труда.

## Глава 21

### ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

**Временная нетрудоспособность**<sup>1</sup>. Противотуберкулезным лечебно-профилактическим учреждениям, а также районным больницам, где нет туберкулезных отделений, разрешено выдавать больничные листки больным туберкулезом до восстановления их трудоспособности, но не свыше 10 мес со дня наступления нетрудоспособности. При повторных заболеваниях туберкулезом больничные листки выдаются в общей сложности не свыше 10 мес в течение 12 мес. Те из больных, у которых по истечении 10 мес не восстановилась трудоспособность, направляются на ВТЭК. Предусматривается, что за временно нетрудоспособными сохраняется место работы или занимаемая должность сроком до 12 мес. Администрации предприятий и учреждений разрешается замещать их работниками, принимаемыми на срок до 12 мес.

Длительное лечение противотуберкулезными средствами не обязательно требует продолжительного, в течение 10 и более месяцев, освобождения больных от работы независимо от характера процесса, поскольку в ряде случаев трудоспособность фактически восстанавливается спустя 5–6 мес от начала лечения. С другой стороны, известны факты позднего, через 10–12 мес, направления на ВТЭК больных, у которых, несмотря на полноценное лечение, уже через 5–6 мес выявляется прогрессирование процесса. Иногда больные необоснованно на длительный срок освобождаются тубдиспансером от работы вследствие сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь) при полной компенсации туберкулеза. Большая продолжительность временной нетрудоспособности бывает при сочетании активного туберкулезного процесса с другими заболеваниями. Больничный листок на длительный срок выдается первично взятым на учет лицам пожилого и молодого возраста. У последних нередко диагностируется хронический текущий первичный туберкулез.

<sup>1</sup> См. литературу № 1–3.

Заболевшим туберкулезом может быть выдан больничный листок (по решению ВЦСПС и ходатайству Совпрофа) в том случае, если в течение месячного срока после увольнения с работы по уважительной причине они признаны временно нетрудоспособными вследствие заболевания туберкулезом. При удовлетворении ВЦСПС ходатайства оплата больничного листка производится по прежнему месту работы.

Согласно постановлению Президиума ВЦСПС от 24 января 1975 г.<sup>1</sup> «О внесении дополнений в Положение о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию», работающим инвалидам при наступлении временной нетрудоспособности вследствие заболевания туберкулезом пособие выплачивается до выздоровления или до пересмотра группы инвалидности вследствие заболевания туберкулезом, но не дольше 10 мес подряд и не более 12 мес в течение двух календарных лет в общей сложности. Рабочим и служащим, признанным инвалидами вследствие заболевания туберкулезом, пособие по временной нетрудоспособности при обострении этого заболевания выплачивается не дольше 4 мес подряд и не более 5 мес в календарном году.

Если больным открытой формой туберкулеза после окончания больничного лечения предоставляется взамен санаторного лечения отпуск по больничному листку, то пособие выдается как при общем заболевании, но не больше 1 мес. При этом не применяется срок выплаты пособий инвалидам, предусмотренный 1 частью п. 9 Положения о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию<sup>2</sup>.

Организация работы специализированной ВТЭК для экспертизы трудоспособности больных туберкулезом (спецтубВТЭК)<sup>3</sup>. Специализированные тубВТЭК проводят экспертизу трудоспособности лиц, находящихся на учете в туберкулезном диспансере, потеря трудоспособности которых обусловлена туберкулезными заболеваниями.

Направление больных туберкулезом для экспертизы трудоспособности в спецтубВТЭК производится туберкулезными диспансерами или больницами общего профиля. Освидетельствованию в спецтубВТЭК подлежат больные, нарушение трудоспособности которых обусловлено туберкулезными заболеваниями любой локализации (все формы туберкулеза легких, туберкулез костей и суставов, органов пищеварения, мочеполовой системы, глаз и т. д.). При изолированном туберкулезном поражении глаз больные после предварительного обследования у фтизиатра проходят освидетельствование в специализированной глазной ВТЭК.

Больные, у которых нарушение трудоспособности вызвано заболеванием нетуберкулезной этиологии, но одновременно наблюдаются неактивные или незначительные туберкулезные изменения, подлежат освидетельствованию в общих ВТЭК.

Больные, нарушения трудоспособности которых обусловлены метатуберкулезными синдромами, чаще всего легочной недостаточностью, состоящие на учете в тубдиспансере, направляются на освидетельствование в спецтубВТЭК. Кроме того, в спецтубВТЭК проходят освидетельствование больные, нарушение трудоспособности

<sup>1</sup> Сборник постановлений ВЦСПС. М., 1975, январь — март, с. 145.

<sup>2</sup> Справочник профсоюзного работника. М., 1979.

<sup>3</sup> См. литературу № 4—6.

которых обусловлено как туберкулезным (или метатуберкулезным), так и нетуберкулезным нарушением. Они проходят экспертизу в спецтубВТЭК, имея обязательно консультативные заключения общей или иной ВТЭК, даваемые на основании направления врача (не фтизиатра). Больные, не состоящие на диспансерном учете или снятые с него, направляются на ВТЭК общего или другого профиля. К функциям спецтубВТЭК относятся: а) определение состояния трудоспособности, групп, причин и времени наступления инвалидности, определение трудовых рекомендаций и мероприятий, содействующих восстановлению трудоспособности инвалидов; б) проверка правильности экспертных решений, вынесенных общими ВТЭК относительно больных туберкулезом в местностях, откуда по различным причинам нельзя направить больных на освидетельствование в спецтубВТЭК; в) изучение динамики и причин инвалидности, выявление экспертных ошибок и их причин, осуществление мер по повышению качества экспертизы; г) вынесение заключений по различным вопросам ВТЭ больных туберкулезом по поручению органов социального обеспечения; д) контроль за обеспечением условий труда работающих инвалидов, соответствующих состоянию их здоровья.

Направляя для проверки в спецтубВТЭК Акты освидетельствования больных туберкулезом, городские, межрайонные и районные ВТЭК одновременно присылают другие необходимые документы. В отдельных случаях, когда спецтубВТЭК не может по материалам экспертизы проверить правильность экспертного решения общей ВТЭК, она назначает очное свидетельствование больного либо направляет его на стационарное обследование. Решение общей ВТЭК о состоянии трудоспособности больных туберкулезом при первичном их освидетельствовании вступает в силу с момента его вынесения, но после проверки и подтверждения спецтубВТЭК. Трудовая рекомендация должна быть конкретной, показаной инвалиду по состоянию здоровья, учитывающей реальные возможности трудоустройства, соответствующей его общеобразовательной и специальной подготовке. При необходимости больного следует направить на переобучение.

В состав спецтубВТЭК входят 2 врача-фтизиатра и врач-невропатолог. Однако на практике в состав спецтубВТЭК чаще вводится врач-терапевт. Один из фтизиатров назначается председателем ВТЭК. В штате имеется медицинский регистратор, а в комиссиях, работающих 5 и более дней в неделю, дополнительно утверждается должность старшей медсестры. За рабочий день (5,5 ч) спецтубВТЭК освидетельствует 10 человек. На каждого освидетельствуемого или переосвидетельствуемого представляются: Направление на ВТЭК, в необходимых случаях документы бытового обследования, отражающие сведения о бытовых нагрузках, материально-бытовых условиях больного и его семьи, составленные сестрами-обследовательницами лечебных учреждений; работающие представляют трудовые книжки или их копии.

Целесообразно выделение специальных дней работы спецтубВТЭК для освидетельствования больных костно-суставным туберкулезом и туберкулезным менингитом. ВТЭК в этот день заседает в измененном составе, когда, кроме председателя (фтизиатра), в комиссии работают невропатолог и эксперт по костно-суставному туберкулезу или при отсутствии последнего — эксперт-хирург. Постоянное участие в работе спецтубВТЭК эксперта по костно-суставному туберкулезу не является обоснованным.



Специализированные туберкулезные ВТЭК обязаны контролировать экспертные решения общих ВТЭК. В этих целях общим ВТЭК надлежит при первичном освидетельствовании больных туберкулезом направлять медицинские акты на утверждение спецтубВТЭК.

При несогласии с решением спецтубВТЭК больного освидетельствует областная ВТЭК с приглашением консультанта эксперта-фтизиатра. Консультанты, будучи опытными клиницистами, не всегда хорошо знают экспертизу трудоспособности. В качестве консультантов высшей ВТЭК надо приглашать наиболее квалифицированного эксперта-фтизиатра одной из действующих в области спецтубВТЭК.

Некоторые законодательные положения по трудоустройству больных туберкулезом<sup>1</sup>. Совет Народных Комиссаров СССР 5 января 1943 г. утвердил Инструкцию Наркомздрава СССР и ВЦСПС о трудовом устройстве рабочих и служащих, имеющих заболевание туберкулезом. Инструкция распространяется на лиц с открытым туберкулезом легких, а также лиц с периодическими обострениями процесса, сопровождающимися явлениями интоксикации, и на лечащихся искусственным пневмотораксом.

Заболевшие туберкулезом по заключению ВКК туберкулезного диспансера освобождаются администрацией предприятий от работы в ночную смену и переводятся в дневную или утреннюю смены. Они не должны допускаться к работам, связанным с воздействием вредных паров и газов, пыли, влажности, высокой температуры и подлежат переводу на другую работу. Лица с активным туберкулезом не допускаются к сверхурочным работам. Больные, недавно перенесшие обострение туберкулеза, подлежат переводу администрацией предприятия в облегченные условия труда по прежней профессии или на другую, более легкую работу с доплатой разницы в заработке (в случае его понижения) за счет государственного социального страхования, но не свыше 2 мес. Нуждающиеся в переводе на другую работу, но не могущие быть переведенными на эту работу на данном предприятии направляются ВТЭК на курсы по переквалификации.

Имеется ряд профессий и должностей на предприятиях и в учреждениях, к работе в которых не могут допускаться больные туберкулезом в зависимости от формы заболевания в соответствии со Списком Инструкции Минздрава СССР<sup>2</sup>. Наиболее строгие правила (п. 1—2) устанавливаются в отношении родильных домов и учреждений для детей раннего и дошкольного возраста, куда не допускаются больные открытыми формами туберкулеза, активным туберкулезом, внелегочными формами туберкулеза с наличием свищей, бактериурии, туберкулезной волчанки, а также с неактивными очаговыми изменениями туберкулезного характера в легких<sup>3</sup>.

В Списке указывается, что больные без лабораторного подтверждения бацилловыделения, но при наличии в легких явлений

<sup>1</sup> Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958, с. 307—308.

<sup>2</sup> Инструкция о проведении обязательных профилактических медицинских осмотров на туберкулез и порядке допуска к работе в некоторых профессиях лиц, больных туберкулезом. Утверждена Минздравом СССР 27 декабря 1973 г. № 1142 «а» — 73. М., МЗ СССР, 1974.

<sup>3</sup> Разъяснение по пп. 1—2 Инструкции о проведении обязательных профилактических осмотров на туберкулез и порядке допуска к работе в некоторых профессиях лиц, больных туберкулезом. МЗ РСФСР, 3 марта 1975 г. № 23/11—462.

деструкции по рентгеноскопическим данным относятся в группу больных с открытой формой туберкулеза. В разъяснении Министерства здравоохранения СССР от 20 февраля 1975 г. № 10-7/65 к п. 1—2 Списка Инструкции указывается, что перечисленные ограничения касаются впервые выявленных больных с активным очаговым туберкулезом легких даже весьма ограниченной протяженности, а также лиц, которые ранее состояли на учете в туберкулезном диспансере и были сняты с учета по выздоровлении с остаточными изменениями в легких в виде неактивного очагового туберкулеза. Ограничения не распространяются на лиц с остаточными изменениями в легких после перенесенного в прошлом первичного туберкулеза (компонент обывательского первичного комплекса, очаги Гона, плевральные шварты). К работе в учреждениях для детей школьного возраста и подростков (до 18 лет) (п. 3—5 Списка) при тех же противопоказаниях допускаются лица с неактивными очаговыми изменениями в легких туберкулезного характера. В п. 6—24 Списка перечислены все остальные должности и профессии, которые не могут быть заняты больными открытыми формами туберкулеза легких, активным туберкулезом легких в фазе обострения, внелегочными формами туберкулеза с наличием свищей, бактериурии, туберкулезной волчанки лица и рук. В разделе III Инструкции оговорены условия возвращения на работу лиц, болеющих или перенесших туберкулез. Решение этого вопроса должно основываться на результатах систематических исследований в диспансере с применением повторных бактериологических анализов мокроты, мочи и проч. на микобактерии туберкулеза. При необходимости больной направляется в областной (республиканский) противотуберкулезный диспансер. При разрешении вернуться на работу в прежней должности и профессии должно быть выдано соответствующее медицинское заключение.

В профессии и должности в родильных домах, учреждениях, связанных с обслуживанием детей раннего и дошкольного возраста (указанных в п. 1 и 2 Списка профессий и должностей Инструкции), возвращение разрешается не ранее, чем через 2 года после окончания эффективного курса химиотерапии при полном рассасывании или наличии минимальных остаточных изменений в легких в виде ограниченного участка склероза. После радикальных операций в аналогичных случаях также требуется двухгодичный срок полного клинико-рентгенологического благополучия, позволяющего перевести больного в III группу диспансерного учета. Обязательным условием при этом является отсутствие туберкулезных изменений в оставшихся отделах оперированного и второго легкого.

Возвращение к работе в прежних профессиях и должностях с детьми школьного возраста, подростками до 18 лет (п. 3—5 Списка Инструкции) возможно не ранее, чем через 1—2 года после эффективной химиотерапии, обеспечившей стойкое абациллирование и клиническое излечение больных, разрешающее их перевод в III группу диспансерного учета. После успешного хирургического лечения типа резекции и при отсутствии туберкулезных изменений в другом легком больным туберкулезом может быть дано разрешение приступить к работе спустя год после операции при условии полноценной химиотерапии в течение этого срока и стойкой абациллярности.

Возвращение к прежней работе в должностях и профессиях, перечисленных в остальных пунктах Списка (п. 6—24), может быть

разрешено лицам после длительного курса химиотерапии с удовлетворительными результатами, которые позволяют перевести их во II группу диспансерного учета.

Учащихся высших учебных заведений можно допустить к учебе после основного курса эффективной химиотерапии и использования годичного академического отпуска.

## ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ<sup>1</sup>

**Типы течения процесса.** Условно можно выделить 3 типа течения туберкулеза. I тип характеризуется тем, что трудоспособность больных зависит в основном от прогрессирующего течения процесса, интоксикации, осложнений или сопутствующих заболеваний. Признаки нарушения функций системы внешнего дыхания и кровообращения выражены нерезко и не ограничивают трудоспособности больных.

II тип характеризуется тем, что трудоспособность больных определяется как течением процесса, так и состоянием функции системы внешнего дыхания и кровообращения. Здесь возможны два варианта:

а) достижение компенсации или излечения туберкулезного процесса с незначительным нарушением функций, не препятствующим труду по основной профессии или специальности больных. Такие больные должны признаваться трудоспособными;

б) туберкулез легких протекает с периодическими обострениями, интоксикацией и выраженными нарушениями функций системы внешнего дыхания и кровообращения, препятствующими продолжению работы в прежней профессии.

При необходимости перевода на другую работу меньшей квалификации или значительного уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии больные признаются инвалидами III группы. В ряде случаев у больных туберкулезом формируются легочная недостаточность II степени, легочное сердце, тяжелые нарушения гемодинамики по большому кругу, что служит основанием для установления II группы инвалидности.

III тип характеризуется тем, что трудоспособность больных определяется преимущественно состоянием функций системы внешнего дыхания и кровообращения. При стойко затихшем и излеченном туберкулезе или активном, но полностью компенсированном процессе без осложнений и серьезных сопутствующих заболеваний состояние трудоспособности зависит от выраженности нарушений функции системы внешнего дыхания и кровообращения. Нередко состояние этих функций является основным критерием, определяющим трудоспособность больных с компенсированным или излеченным туберкулезом легких с метатуберкулезными изменениями.

У многих больных с затихающим и клинически излеченным туберкулезом легких развиваются пневмосклероз, хронический бронхит, бронхоэктазы, хроническая пневмония, эмфизема легких, сопровождающиеся неспецифической интоксикацией, упадком питания, нарушениями функций внешнего дыхания, кровообращения и нервной системы. В результате часть таких больных признаются инвалидами. Затихающий туберкулез является активным процессом, но без признаков распада, бацилловыделения, инфильтрации, специфической

<sup>1</sup> См. литературу № 7-14.

интоксикации. Затихание туберкулеза происходит в течение 9–12 мес непрерывного лечения либо до истечения указанного срока. По прошествии дифференцированных сроков наблюдения, отсутствии обострений больные с затихающим туберкулезом признаются клинически излеченными.

Разграничение затихающего и клинически излеченного туберкулеза легких является условным, так как явного клинико-рентгенологического различия между ними не отмечается. Потенциальная активность затихающего процесса выше, чем клинически излеченного. Остаточные изменения в легких при этом подразделяются на малые и большие. Малыми следует считать ограниченный фиброз, единичные, четко очерченные очаги и кальцинаги менее 1 см в диаметре. Более выраженные остаточные изменения рассматриваются как большие.

У большинства больных туберкулезом легких функция системы кровообращения нарушается меньше, чем дыхания. Степень легочной недостаточности определяет общую (интегральную) оценку нарушений функций системы внешнего дыхания и кровообращения. При этом интегральную оценку нарушений функций при легочной недостаточности I степени следует обозначать как незначительную, I–II степени – как умеренную; II степени – как выраженную; II–III степени – как резко выраженную. Легочная недостаточность III степени затруднений в экспертизе трудоспособности не представляет, поскольку отмечается только у тяжелобольных.

В тех случаях, когда степень нарушения функции системы кровообращения оказывается выше обычно наблюдающейся при данной степени легочной недостаточности, интегральную оценку нарушенных функций дыхания и кровообращения следует усилить. При I степени легочной недостаточности электрокардиограмма и баллистокардиограмма нормальные или изменены незначительно, систолический объем (СО) и сердечный индекс (СИ) находятся в пределах нормы. После физической нагрузки СО увеличивается не менее чем на 15%, СИ – не менее чем на 50%, пульс при этом учащается не более чем на 40 уд/мин. У некоторых больных с легочной недостаточностью I степени наблюдаются более выраженные изменения системы кровообращения, характеризующиеся чрезмерным либо, напротив, недостаточным увеличением СО и СИ после физической нагрузки, большим учащением пульса, существенными изменениями БКГ и ЭКГ, иногда развитием легочного сердца. В подобных случаях интегральная оценка степени нарушения функции повышается и должна обозначаться как умеренная.

При I–II степени легочной недостаточности тахикардии в покое обычно нет, после нагрузки пульс учащается не более чем на 40 ударов в минуту. СО в покое уменьшен или нормальный, после нагрузки увеличивается не менее чем на 15%; СИ в покое нормальный или увеличенный, после нагрузки увеличивается на 50–125% и более; скорость кровотока нормальная. Изменения БКГ не превышают II степени и характеризуются деформацией всех сердечных комплексов при спокойном дыхании; при задержке дыхания БКГ остается нормальной. На ЭКГ определяются незначительные (I степень), реже – более выраженные (II степень) нарушения коронарного кровообращения, а также признаки функциональной перегрузки правых отделов сердца. У некоторых больных с легочной недостаточностью I–II степени нарушения функций системы кровообращения более значительны, что проявляется недостаточным увеличением СО или СИ после нагрузки, иногда парадоксальным

уменьшением СО и резкой тахикардией, небольшим замедлением скорости кровотока, изменениями БКГ II—III или III степени, развитием начальных проявлений декомпенсации легочного сердца. В этих случаях интегральная оценка состояния функции системы внешнего дыхания и кровообращения должна обозначаться как выраженная, а при нарушениях кровообращения по большому кругу — как резко выраженная.

При II степени легочной недостаточности основанием для повышения интегральной оценки нарушения функций служит развитие декомпенсированного легочного сердца и нарушение кровообращения по большому кругу. В подобных случаях интегральная оценка указывается как резко выраженная. Утяжеляют интегральную оценку сопутствующие поражения системы кровообращения, в частности коронарная недостаточность, перенесенный инфаркт миокарда, пороки сердца, гипертоническая болезнь.

В оценке трудоспособности больных с затихающим или клинически излеченным туберкулезом легких решающее значение могут иметь характер работы (степень физического и нервно-психического напряжения), а также условия производственной среды. Больным противопоказана, в частности, работа в ночную смену, на открытом воздухе, в запыленных цехах, связанная с профессиональными вредностями. Однако в виде исключения больным с клинически излеченным процессом и минимальными нарушениями функции системы внешнего дыхания с учетом многолетней работы в ночную смену последняя может быть разрешена.

Трудоспособность больных с затихающим и клинически излеченным туберкулезом во многом зависит от степени нарушения функции системы внешнего дыхания и кровообращения. Выраженное или резко выраженное нарушение функций, включая декомпенсированное легочное сердце, служит основанием для установления инвалидности. В то же время другие медицинские факторы врачебно-трудовой экспертизы, рассматриваемые в отдельности, такие как незначительно выраженная неспецифическая интоксикация, упадок питания, функциональные нарушения центральной нервной системы, пожилой возраст, незначительные или умеренные нарушения функций системы внешнего дыхания и кровообращения, не всегда являются основанием для определения группы инвалидности. Многое в подобных случаях зависит от возможностей надлежащего трудоустройства. В табл. 8 представлены условия труда, которые можно рекомендовать больным с клинически излеченным туберкулезом в зависимости от степени нарушения функций.

В редких случаях, когда рациональное трудоустройство клинически излеченных больных, не имеющих признаков неспецифической интоксикации, связано со значительным снижением квалификации, им следует определять III группу инвалидности на период профессионального обучения или рационального трудоустройства. Больные с клинически излеченным туберкулезом легких и выраженным нарушением функций дыхания и кровообращения признаются инвалидами III группы с рекомендацией сокращенного рабочего дня, если это возможно по условиям производства. Больные с резко выраженными нарушениями функций системы внешнего дыхания и кровообращения могут работать лишь в домашних условиях. При трудовой направленности им можно рекомендовать работу I степени тяжести или работу с нервно-психическим напряжением I степени. Лицам умственного труда в виде исключения можно рекомендо-

Таблица 8. Характер рекомендуемого труда по его тяжести и напряженности в зависимости от степени нарушения функций

Степень нарушения функций	Степень физического напряжения (тяжесть труда)			Степень нервно-психического напряжения (напряженность труда)			Рекомендуемые условия труда
	I	II	III	I	II	III	

*Клинически излеченный туберкулез*

Незначительная	Вполне доступна	Вполне доступна	Доступна в виде исключения	Вполне доступна	Вполне доступна	Вполне доступна	Труд в обычных условиях без противопоказанных факторов окружающей среды
Умеренная	То же	Доступна	Недоступна	То же	То же	Доступна	Чаще всего указанные выше
Выраженная	То же	Недоступна	То же	То же	Доступна	Недоступна	На предприятиях, использующих труд инвалидов в обычных условиях без противопоказанных факторов со значительными облегчениями
Резко выраженная	Доступна	»	»	Доступна	Иногда доступна	»	Только труд в домашних условиях

*Клинически излеченный туберкулез легких в сочетании с неспецифической интоксикацией, упадком питания, выраженным астеноневротическим или вегетативно-сосудистым синдромом*

423

Незначительная	Вполне доступна	Доступна	Недоступна	Вполне доступна	Вполне доступна	Доступна	Труд в обычных условиях без противопоказанных факторов окружающей среды. Иногда на предприятиях, использующих труд инвалидов
Умеренная	То же	Недоступна	То же	То же	То же	Недоступна	То же
Выраженная	Доступна	То же	То же	То же	Иногда доступна	То же	Труд в условиях предприятий, использующих труд инвалидов: в спещехе или надомный труд
Резко выраженная	То же	То же	То же	Доступна	Доступна в виде исключения	То же	Труд только в надомных условиях

Таблица 9. Характер рекомендуемого труда по его тяжести и напряженности в зависимости от степени нарушения функций

Степень нарушения функций	Степень физического напряжения (тяжесть труда)			Степень нервно-психического напряжения (напряженность труда)			Рекомендуемые условия труда
	I	II	III	I	II	III	

*Затихающий туберкулез легких*

424

Незначительная	Вполне доступна	Доступна	Недоступна	Вполне доступна	Вполне доступна	Доступна	Труд в обычных условиях производства без противопоказанных факторов
Умеренная	То же	Недоступна	То же	То же	То же	Недоступна	Чаще то же, что выше
Выраженная	Доступна	То же	То же	Доступна	Иногда доступна	То же	Только предприятия, использующие труд инвалидов
Резко выраженная	Иногда доступна	То же	То же	То же	Доступна в виде исключения	То же	Только труд в домашних условиях



*Затихающий туберкулез легких в сочетании с неспецифической интоксикацией, упадком питания, выраженным астеноневротическим и вегетативно-сосудистым синдромом*

Незначительная	Вполне доступна	Иногда доступна	Недоступна	Вполне доступна	Доступна	Недоступна	Труд в обычных условиях производства без противопоказанных факторов окружающей среды, на предприятиях, использующих труд инвалидов
Умеренная	Доступна	Недоступна	То же	То же	То же	То же	То же, что выше, чаще со значительным облегчением в работе; на предприятиях, использующих труд инвалидов; иногда в специальном цехе
Выраженная	То же	То же	То же	То же	Иногда доступна	То же	Работа в спещцехе, па-домных условиях, иногда на предприя-тиях, использующих труд инвалидов
Резко выра- женная	Иногда доступна	То же	То же	Доступна	Доступна в виде исключения	То же	Только труд в падом-ных условиях

вать работу с нервно-психическим напряжением II степени. Этим больным, как правило, устанавливается II или I группа инвалидности.

Экспертиза трудоспособности больных с затихающим туберкулезом легких существенно не отличается от таковой больных с клинически излеченным туберкулезом. Различия касаются больных с незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций, выполняющих работу II или III степени тяжести, а также работу с нервно-психическим напряжением III степени (табл. 9). Эти различия определяются тем, что больные с затихающим, но не потерявшим активности туберкулезным процессом нуждаются в более щадящем трудовом режиме. При незначительном нарушении функции системы внешнего дыхания и кровообращения противопоказана работа III степени тяжести, и в случае перевода больного на работу более низкой квалификации ему определяется III группа инвалидности.

При умеренном нарушении функции противопоказана работа II степени тяжести и III степени нервно-психического напряжения, что в соответствующих случаях является основанием для установления III или II группы инвалидности.

В отличие от больных с клинически излеченным туберкулезом у больных с затихающим туберкулезом легких значительно чаще возникает необходимость в отстранении их от работы по эпидемиологическим показаниям. При возникновении такой необходимости и невозможности рационального трудоустройства на непротивопоказанные виды труда без существенного снижения квалификации больным приходится устанавливать III группу инвалидности для переобучения или освоения других видов труда с учетом основной профессии.

Необходимо отметить, что трудовая рекомендация ВТЭК не только определяет желательное трудовое устройство, но и подтверждает ограничения в труде установленную группу инвалидности. Однако более 15% ошибок ВТЭК связаны с нарушением этого требования. ВТЭК сравнительно редко рекомендует инвалидам молодого возраста профессиональное обучение или переобучение, что содействовало бы восстановлению их трудоспособности. При экспертизе трудоспособности больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких ВТЭК не всегда учитывают частоту и длительность вспышек, эффект лечения, состояние функций системы внешнего дыхания и кровообращения, профессиональные факторы и признают их инвалидами, часто II группы.

Наряду с этим неоправданно долго признаются инвалидами лица, перенесшие эффективное оперативное вмешательство по поводу туберкулеза легких. Наблюдаются случаи ошибочного установления инвалидам II группы в период вспышки туберкулеза легких и госпитализации I группы инвалидности. ВТЭК принимает это решение, не дожидаясь результатов лечения. Однако лишь безуспешность лечения, необходимость постоянного (а не только в период вспышки) постороннего ухода является основанием для определения I группы инвалидности.

**Исследование состояния функции системы внешнего дыхания и кровообращения.** Результаты функциональных исследований системы внешнего дыхания и кровообращения должны учитываться в экспертизе трудоспособности больных туберкулезом легких наряду с данными, полученными при клиническом, рентгенологическом и бактериологическом исследованиях.

Особые трудности при вынесении экспертных решений возникают, как правило, в тех случаях, когда не проводятся функциональные исследования у больных кавернозным (без интоксикации и бактериовыделения) стабильно протекающим в течение ряда лет и диссеминированным туберкулезом легких в фазе уплотнения, а также у больных с циррозом (доли, сегмента) легкого; с последствиями перенесенных различных видов оперативных вмешательств по поводу туберкулеза легких; с наличием метатуберкулезных изменений в легких без признаков активности. Специальное исследование группы больных, признанных инвалидами, у которых в порядке контроля при помощи различных методов определялось состояние функций системы внешнего дыхания и кровообращения, показало, что более чем в  $\frac{1}{4}$  случаев группа инвалидности была установлена ошибочно: у 8,9% исследованных больных она была занижена, а у 17,9% — завышена.

Нарушение функции системы внешнего дыхания может быть вызвано уменьшением дыхательной поверхности легких вследствие развития ателектазов, рубцовой ткани, деструкции и т. д. В измененных участках легочной ткани может наблюдаться сброс крови из артериального русла в венозное через артериовенозные анастомозы, минуя капилляры. Это приводит к гипоксемии. Облитерация легочных капилляров нарушает нормальную диффузию газов. Формирование легочного сердца при хроническом туберкулезе легких может уменьшить эффективность функции дыхания. Туберкулезная интоксикация, воздействуя на нервную систему, нарушает корреляцию между кровообращением и вентиляцией легких, что также способствует развитию легочной недостаточности.

Следует подчеркнуть, что благодаря компенсаторным механизмам у многих больных с обширным нарушением легочной паренхимы нет значительных нарушений функций системы внешнего дыхания и кровообращения. О наличии легочной недостаточности можно судить на основании клинических проявлений, имеющих для ВТЭ наибольшее значение, данных специальных (аппаратных) методов исследования. Широко применяется определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) с помощью спирометра в одном и том же положении (обычно стоя).

Величина ЖЕЛ в норме зависит от пола, возраста, массы тела, роста и рода занятий. Она больше у мужчин, лиц физического труда, спортсменов и т. п. Величина ЖЕЛ у здоровых подвержена значительным колебаниям, по некоторым данным от 1800 до 7200 мл. Целесообразно поэтому определение «должной» ЖЕЛ, т. е. наблюдаемой у большинства здоровых людей данного пола, возраста, массы тела и роста. Следует учитывать ЖЕЛ не только в абсолютных величинах, но и в процентах к «должной». «Должную» ЖЕЛ можно установить по специальным таблицам либо путем умножения цифры роста в сантиметрах на 25 у мужчин и на 20 у женщин. Небольшое уменьшение ЖЕЛ больного по сравнению с «должной» не имеет существенного значения. Однако, когда величины ЖЕЛ составляют около 40—50% «должной» или меньше, это обычно совпадает с другими симптомами легочной недостаточности. При определении ЖЕЛ она может оказаться искусственно заниженной, так как ее величина зависит от воли испытуемого. Поэтому следует критически оценивать низкий показатель ЖЕЛ, если последний не соответствует другим клиническим и функциональным данным. Форсированная ЖЕЛ (ФЖЕЛ) исследуется так же, как ЖЕЛ, но после

глубокого вдоха испытуемому предлагается сделать быстрый и полный выдох в течение 2 с. Величина ФЖЕЛ у здорового меньше ЖЕЛ на 200—300 мл. При нарушении бронхиальной проходимости ФЖЕЛ по сравнению с ЖЕЛ уменьшается, при этом разница может достигать 1000—2000 мл. Сопоставление ФЖЕЛ и ЖЕЛ позволяет в отдельных случаях выявить недобросовестность испытуемого, если, например, ЖЕЛ окажется меньше ФЖЕЛ. Иногда у больного клинически определяется явная легочная недостаточность при нормальной или увеличенной ЖЕЛ.

Важным показателем состояния функций системы внешнего дыхания является максимальная вентиляция легкого (МВЛ). Величина МВЛ является интегральной и зависит не только от ЖЕЛ, но и от энергетических ресурсов дыхательных мышц, бронхиальной проходимости. Постановка пробы с МВЛ требует согласия и известных усилий испытуемого, иначе результаты ее недостоверны. В норме величина МВЛ колеблется в пределах от 60 до 110 л. Должную МВЛ можно вычислить по формуле:

$$\text{МВЛ} = \frac{\text{ЖЕЛ} \times 35}{2}$$

Величина МВЛ иногда не соответствует ЖЕЛ и ФЖЕЛ.

Важным показателем функции системы внешнего дыхания является также минутный объем дыхания (МОД). В норме МОД составляет 4—8 л и зависит от пола, возраста, роста и массы тела исследуемого. У больных туберкулезом МОД нередко увеличен вследствие компенсаторной гипервентиляции легких в покое. Повышение МОД до 12 л и более в минуту указывает на выраженное нарушение функции внешнего дыхания. По данным ЛИЭТИНа, при легочной недостаточности I степени величина МОД в покое увеличивается на 35 %, II степени — на 25 %, III степени — МОД может не увеличиваться. В практических целях может быть использована постановка пробы с максимальной задержкой дыхания после предварительного глубокого вдоха (проба Шганге). У здоровых она составляет не менее 40 с.

Проба Сабразеса — Генча заключается в максимальной задержке дыхания после выдоха. У здоровых она составляет не менее 20 с. Результаты проб с задержкой дыхания приобретают большую объективность при их комбинации с оксигемометрией.

Легочная недостаточность — состояние организма, при котором органы дыхания и кровообращения не обеспечивают нормальный газовый состав крови и снабжение органов и тканей кислородом, либо состояние, при котором нормальный газовый состав крови и достаточное снабжение органов и тканей кислородом сохраняются, но это достигается за счет чрезмерного напряжения органов дыхания и кровообращения, которое во многих случаях ограничивает трудоспособность больных.

При нарушении функций системы внешнего дыхания наблюдается ряд клинических симптомов: одышка, цианоз, тахикардия, гипертония малого круга, полиглобулия. Больные предъявляют жалобы на головную боль, бессонницу, вялость, утомляемость, снижение трудоспособности, подавленное настроение или, наоборот, повышенную возбудимость. Указанные симптомы могут быть проявлением туберкулезной интоксикации. Для оценки трудоспособности необходимо установить степень выраженности легочной недостаточности. Различают 3 степени легочной недостаточности, однако не-

редко наблюдаются переходные (промежуточные), обозначаемые 0—I, I—II или II—III степени.

Для I степени легочной недостаточности характерно появление одышки при выраженном физическом напряжении или подъеме по лестнице на 3—4-й этаж. При этом в покое одышки или цианоза нет, а при исследовании функции системы внешнего дыхания не обнаруживается заметных отклонений от нормы. Для лиц, работа которых не связана со значительным физическим напряжением, легочная недостаточность I степени не служит противопоказанием к производственной деятельности.

При II степени легочной недостаточности одышка и цианоз появляются вследствие небольшого физического напряжения, при подъеме по лестнице на 2-й этаж, а также в покое. Нарушения функций системы внешнего дыхания могут быть подтверждены соответствующими исследованиями в условиях покоя. Лица физического труда, у которых определяется II степень легочной недостаточности, нуждаются в переводе по состоянию здоровья на работу, не связанную со значительным или умеренным физическим напряжением.

Для III степени легочной недостаточности характерны выраженная одышка в покое, интенсивный цианоз, акроцианоз, тахикардия и другие признаки сердечной недостаточности. Больные с III степенью легочной недостаточности являются нетрудоспособными, часто нуждаются в постельном режиме и постоянном постороннем уходе.

Изменения системы кровообращения, особенно скрытые и начальные нарушения парциальных функций миокарда, при туберкулезе легких не всегда получают должную оценку, что приводит к ошибкам при экспертизе трудоспособности таких больных. В части случаев скрытые или начальные нарушения функций миокарда и гемодинамики могут быть выявлены при клиническом исследовании с применением проб с физической нагрузкой или специальных методов исследования.

Большое влияние на систему кровообращения оказывает туберкулезная интоксикация, при которой наблюдаются тахикардия, повышение проницаемости капилляров, дистрофические изменения миокарда. Токсико-аллергические факторы обуславливают развитие васкулита, тромбоваскулита, плазморрагии, очаговых некрозов в сердечной мышце, очагового и диффузного миокардита. Нарушение кровообращения в малом круге происходит в связи с воспалительной облитерацией, сдавлением рубцовой тканью, тромбозом разветвленной легочной артерии, уменьшением емкости сосудистой сети после резекции легкого. Падение парциального давления кислорода, вовлечение нервных стволов в рубцовый процесс вызывает рефлекторный спазм легочных артериол. Это приводит сперва к преходящему, а впоследствии более стойкому повышению давления в легочной артерии, чему способствует также усиленная работа сердца в условиях гипоксемии, гиперкапнии, туберкулезной интоксикации и значительных энергетических затрат дыхательной мускулатуры.

Частота сердечных сокращений, скорость кровотока, минутный объем крови (МОК) и систолический объем (СО) увеличиваются. Отмеченные изменения характеризуют гиперкинетический тип кровообращения. При развитии гипертензии в малом круге постепенно формируется гипертрофия правого желудочка сердца — легочное сердце. Нарушению кровообращения по большому кругу (увеличение печени, набухание шейных вен, отеки и др.) способствуют мощные плеврокардиальные спайки, сращения листков сердечной сорочки,

резкие смещения и ротация сердца и крупных сосудов, дистрофические, воспалительные и склеротические изменения миокарда.

В некоторых случаях спаечный или воспалительный процесс в средостении туберкулезной этиологии может быть причиной экстра-систолической аритмии и тахикардии. Гипертрофия и дилатация правого желудочка, взбухание конуса легочной артерии из-за гипертензии в малом круге выявляются в процессе специального рентгенологического исследования. Для больных туберкулезом легких с легочной недостаточностью следует считать обязательным электрокардиографическое исследование. На ЭКГ можно обнаружить признаки гипертрофии правого желудочка и другие изменения миокарда.

При туберкулезе легких с выраженной легочной недостаточностью наблюдается увеличение МОК и снижение ОПС. Начальные симптомы сердечной недостаточности распознаются при помощи метода поликардиографии. Фазовый анализ сердечного цикла указывает в подобных случаях на укорочение фазы изгнания, увеличение фазы преобразования и скорости повышения давления в левом желудочке, а также фазы напряжения. Наряду с этим отмечается парадоксальное уменьшение CO в ответ на физическую нагрузку и замедление скорости кровотока. Более точно определить трудовые возможности свидетелюствуемого позволяет метод велоэргометрии. Для целей экспертизы трудоспособности наиболее информативными являются исследования с использованием нагрузочных тестов, которые позволяют объективно оценить компенсаторные и резервные возможности организма. Учитывая клинические особенности, при исследовании на велоэргометре следует использовать субмаксимальные нагрузочные тесты, т. е. нагрузки в пределах 70—80 % максимально переносимых.

Субмаксимальные нагрузки противопоказаны при выраженной сердечной недостаточности, клинических и ЭКГ-признаках нарастания коронарной недостаточности, полной атриовентрикулярной блокаде, постинфарктном кардиосклерозе, мерцательной аритмии, пороках сердца, выраженной гипертонии.

Физическое состояние больного при субмаксимальном нагрузочном тесте отражают следующие показатели: нагрузка; частота сердечных сокращений; артериальное давление; ЭКГ, затраты энергии. При проведении нагрузки испытуемому следует вращать педали со скоростью 40—60 об/мин, так как при этой скорости коэффициент полезного действия работы самый высокий, а потребление кислорода и частота сердечных сокращений относительно более низкие. Начинать исследование надо с нагрузки для женщин 150—200 кгс·м/мин (25,3—33,4 Вт), для мужчин — 150—300 кгс·м/мин (41,7—50,1 Вт). Длительность каждой нагрузки — 5 мин с интервалами для отдыха 4—5 мин. Для установления субмаксимальной нагрузки для каждого больного в зависимости от пола, массы тела, возраста и ориентировочной оценки результатов теста имеется специальный график. Следует использовать функциональные тесты с определением физической работоспособности ( $PWC_{170}$ ) при частоте сердечных сокращений 170 ударов в 1 мин. Физическая работоспособность представляет собой максимальную работу, т. е. предельный уровень нагрузки, приведший к максимальной частоте сердечных сокращений. Для определения  $PWC_{170}$  при данной частоте сердечных сокращений следует использовать следующую формулу<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Современные методы оценки трудовых возможностей больных с метатуберкулезными изменениями в легких. Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. ДИВЭТИН, Днепрпетровск, 1978, с. 7.

$$PWC_{170} = N_1 + (N_2 - N_1) \left( \frac{170 - f_1}{f_2 - f_1} \right), \text{ где}$$

$N_1$  — мощность первой нагрузки;  $N_2$  — мощность второй нагрузки;  $f_1$  — частота сердечных сокращений у обследуемого при первой,  $f_2$  — при второй нагрузке.

Критерии определения физической работоспособности и трудовых возможностей больных с метастатическими изменениями в легких с учетом данных велоэргометрии могут быть представлены следующим образом (табл. 10).

**Особенности трудоустройства больных туберкулезом легких.** Больным туберкулезом легких противопоказана работа с большим физическим напряжением, в неблагоприятных метеоусловиях, особенно при развитии у них легочной недостаточности, а также при неустойчивой компенсации процесса. Противопоказаны подземные и кессонные работы, а также целый ряд профессий, специально оговоренных по эпидемиологическим причинам.

Правильное трудоустройство не всегда предусматривает перевод больного на работу другой профессии; в ряде случаев необходимо лишь изменение условий труда. В частности, следует освобождать слесарей-станочников от обработки крупных деталей в немеханизированных цехах и переводить их на обработку мелких деталей; деревообделочников — от ручной распиловки досок, брусьев; шоферов — от работы на грузовой автомашине. В текстильном производстве целесообразно предоставлять больным туберкулезом легких работу с сортами тканей и пряжи, при обработке которых нет значительного выделения пыли. Перемна рабочего места может избавить больного туберкулезом легких в соответствующих случаях от контакта с красками и растворителями, пребывания на сквозняке, в условиях высокой температуры, сырости, плохого освещения, запыленности, чрезмерного шума и т. п.

Больные с неустойчивой компенсацией, недавно перенесшие обострение, выписанные из больницы после оперативного лечения и приступающие к исполнению служебных обязанностей, переводятся на работу с сокращенным рабочим днем. В тех случаях, когда такой перевод необходим на длительный срок, ВТЭК может признать больного инвалидом III группы.

Рациональное трудоустройство предусматривает перевод на работу, которая доступна больному по состоянию здоровья и одновременно позволяет использовать его профессиональные знания и опыт.

В некоторых случаях показано переобучение больных с очаговыми и диссеминированными формами, а также нераспространенным фиброзно-кавернозным процессом без частых вспышек. Не рекомендуется перекавалификация больных старше 40—45 лет. Лица, признанные инвалидами II группы, в соответствии с трудовой рекомендацией ВТЭК могут работать в специально созданных условиях. ВТЭК может рекомендовать больным не противопоказанную им по состоянию здоровья работу, что подчас связано с переходом в другое учреждение или предприятие.

При экспертизе трудоспособности больных и инвалидов, страдающих туберкулезом легких и проживающих в сельской местности, необходимо учитывать ряд особенностей, в том числе и условия сельскохозяйственного производства. На рабочих местах часто имеется контакт с пылью растительного или почвенного происхождения,

Таблица 10. Оценка трудовых возможностей больных с метатуберкулезными изменениями в легких

Группы больных	Пол	Развиваемая мощность		Легочная недостаточность	Сердечная недостаточность
		кгс · м/мин	Вт		
I. Работоспособные	М	810—1260	132,4—205,9	I степени	Признаков сердечной недостаточности нет
	Ж	750—800	122,6—130,8		
II. Умеренное ограничение физической работоспособности	М	620—680	101,3—111,1	I—II степени	Дистрофия миокарда, признаки хронического легочного сердца в стадии компенсации либо с сердечной недостаточностью I степени
	Ж	450—505	73,6—82,5		
III. Значительное ограничение физической работоспособности	М	300—590	49,0—96,4	II степени	Значительное снижение резервных возможностей системы кровообращения
	Ж	200—425	32,7—69,5		
IV. Неработоспособные	М Ж	150—200	24,5—32,7	II—III степени	Сердечная недостаточность III степени. У большинства — декомпенсированное хроническое легочное сердце

включая диоксид кремния. Нередко работа ведется в условиях низкой температуры, сочетающейся с повышенной влажностью. В некоторых профессиях имеется опасность вдыхания ядовитых веществ в распыленном или газообразном состоянии, например при протравливании семян, опрыскивании растений, хранении ядохимикатов. Работа на сельскохозяйственных машинах связана с воздействием на организм вибрации, шума, выхлопных газов двигателя, что может способствовать обострению туберкулезного процесса. Работа механизатора, машиниста прицепных машин, с применением ручного инвентаря, а также по уходу за животными при недостаточной



механизации связана со значительным физическим напряжением. Все виды квалифицированного труда в механических мастерских, на машинах и орудиях с конной тягой, в поле без применения ручного инвентаря связаны с умеренным физическим напряжением. Работа на стационарных установках, в должности сторожа, возчика без погрузочных и разгрузочных работ связана с незначительным физическим напряжением. Работа руководителей и организаторов производства, главного агронома, зоотехника, инженеров и механиков, водителей машин, бригадиров комплексных бригад и проч. связана со значительным нервно-психическим напряжением.

С умеренным нервно-психическим напряжением связана работа специалистов ветеринарной службы, бригадиров, начальников отделений, ферм и т. д. Работа контролеров, учетчиков, лаборантов, весовщиков связана с легким нервно-психическим напряжением.

При определении тяжести или напряженности труда можно руководствоваться тарификацией механизированных и конно-ручных работ в сельском хозяйстве<sup>1</sup>. Характер и особенности клинического течения процесса являются важными критериями врачебно-трудовой экспертизы больных туберкулезом, работающих в условиях сельскохозяйственного производства, и лежат в основе разделения больных на 3 подгруппы.

1-я подгруппа включает больных с ограниченным процессом в фазе уплотнения или обратного развития и устойчивой компенсацией. К ней относятся больные очаговым, инфильтративным, ограниченным диссеминированным туберкулезом, некрупной туберкулемой, ограниченным метатуберкулезным циррозом.

При отсутствии легочной недостаточности больные рассматриваемой подгруппы являются трудоспособными. Однако им противопоказана работа в контакте с ядохимикатами, а также в ряде профессий по эпидемиологическим причинам.

При легочной недостаточности I и I-II степени возможна трудовая деятельность в облегченных условиях. Больным рекомендуется работа с незначительным или умеренным физическим напряжением, в благоприятных микроклиматических и санитарно-гигиенических условиях, различные виды умственного труда. При необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации работник совхоза признается инвалидом III группы. Надо отметить, что ВТЭК в подобных случаях нередко определяет II группу инвалидности, допуская тем самым ошибку в оценке трудоспособности.

При легочной недостаточности II степени продолжение трудовой деятельности в условиях сельскохозяйственного производства невозможно. Больные признаются инвалидами II группы. Некоторые из них могут работать в специально созданных облегченных условиях, на специальных участках, с сокращенным рабочим днем, индивидуальными нормами выработки, дополнительными перерывами, а также в надомных условиях труда без обязательных норм выработки.

При легочной недостаточности II-III степени больным определяется II группа инвалидности. Нуждающиеся в постоянной посторонней помощи признаются инвалидами I группы.

2-я подгруппа больных включает лиц с вялотекущим хроническим или распространенным деструктивным процессом с корот-

<sup>1</sup> Заработная плата в государственных сельскохозяйственных предприятиях РСФСР. М., 1972, с. 568-623.

кими редкими вспышками и тенденцией к продуктивным реакциям, без тяжелых сопутствующих заболеваний. К ней относятся больные диссеминированным, кавернозным, ограниченным фиброзно-кавернозным туберкулезом, метатуберкулезным пневмосклерозом и циррозом легких. При легочной недостаточности I степени женщины в возрасте до 50 лет и мужчины до 55 лет, работающие в показанной профессии (счетовод, лаборант, учетчик горючего и др., весовщик, кладовщик и др.), признаются трудоспособными и в отдельных случаях нуждаются в ограничениях по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений, в частности в освобождении от работы в ночную смену, сверхурочных работ. Рабочие совхоза в возрасте до 45 лет, занятые в профессиях среднего и тяжелого физического труда (разнорабочие, механизаторы и др.), признаются инвалидами III группы. Колхозникам ВТЭК в подобных случаях выдают рекомендательное письмо о трудоустройстве по линии ВКК. Лицам среднего возраста устанавливается II группа инвалидности с рекомендацией работы в специальных условиях. Лица пожилого возраста признаются инвалидами II группы с прекращением трудовой деятельности.

При легочной недостаточности I—II, II или III степени и сердечной недостаточности труд в условиях сельского хозяйства противопоказан. Больные обычно признаются инвалидами II группы. В случаях, если они нуждаются в постоянном постороннем уходе, определяется I группа инвалидности.

3-я подгруппа включает больных распространенной или хронической деструктивной формой туберкулеза легких с прогрессирующим течением, выраженной легочной и сердечной недостаточностью, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания и осложнения. Больные к труду в условиях сельского хозяйства непригодны, они признаются инвалидами II или I группы.

Трудоустройство больных туберкулезом легких в сельском хозяйстве обуславливается характером заболевания, условиями труда, профессией больного. Механизаторы, рабочие мастерских и другие специалисты, как правило, устраиваются на работу с использованием профессиональных навыков и только в редких случаях переходят на работу в полеводство. Разнорабочие полеводческих бригад обычно продолжают выполнять прежнюю работу с уменьшением объема производственной деятельности, если процесс носит ограниченный по протяженности характер, компенсирован и сопровождается минимальными нарушениями функции системы внешнего дыхания. В иных случаях лица, признанные инвалидами, переходят на работу в закрытых помещениях.

Некоторые виды труда противопоказаны по эпидемиологическим причинам. Больные туберкулезом не могут работать доярками, возчиками молока, приемщиками на молочных пунктах, на масло-сыроваренных заводах и в других профессиях, связанных с приготовлением и хранением продуктов питания.

СпецтубВТЭК о каждом впервые признанном инвалидом в устной или письменной форме сообщает в районный отдел социального обеспечения и через 2—4 мес уточняет, осуществлено ли трудоустройство этого инвалида. Совместно с врачом противотуберкулезного диспансера спецтубВТЭК проверяет правильность трудоустройства. К этой проверке в совхозе привлекаются представитель рабочкома, а в колхозе — председатель правления. В соответствии с постановлением Совета Министров РСФСР от 22 ав-

густа 1961 г. № 1070 разрабатывается перечень профессий и должностей, подлежащих преимущественному замещению инвалидами<sup>1</sup>. Этим же постановлением вменено в обязанность исполкомам местных Советов обеспечить надлежащий контроль за выполнением руководством организаций трудовых рекомендаций ВТЭК.

## ВТЭ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ И ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ<sup>2</sup>

Инфильтративный туберкулез относится к ранним и излечимым формам туберкулеза легких. Рентгено логически различают несколько типов инфильтрата: круглый, облаковидный, лобит. Инфильтративному туберкулезу свойственно быстрое рассасывание либо склонность к прогрессированию, распаду и быстрому переходу в кавернозный процесс. Нарушение функций системы внешнего дыхания при инфильтративном туберкулезе наблюдается редко. Легочная недостаточность I степени отмечается в основном у лиц старше 44 лет с давностью заболевания свыше 2 лет. Более высокая степень легочной недостаточности, как правило, не развивается. При свежем распаде терапевтический эффект достигается обычно в сроки от 6 до 8—12 мес. При отсутствии эффекта химиотерапии в течение первых месяцев следует решать вопрос о применении коллапотерапии или хирургического вмешательства. Свежий инфильтрат небольшой протяженности, без распада, с умеренной интоксикацией при надлежащем лечении может регрессировать за 3—4 мес, реже 6—9 мес. На этот срок определяется временная нетрудоспособность. После излечения больной может вернуться к работе в непротивопоказанных профессиях и условиях труда.

Облаковидный инфильтрат, лобит или инфильтрат с распадом, выявленные впервые, требуют непрерывного лечения на протяжении 8—10 мес. В этот период проводится химиотерапия, а спустя 6 мес после начала лечения решается вопрос о целесообразности коллапотерапии или хирургического вмешательства. При благоприятных результатах лечения ВТЭК может продлить больничный листок, в противном случае — определить группу инвалидности.

Впервые выявленный инфильтративный туберкулез легких в период затихания, без распада или с отчетливой тенденцией к исчезновению полости, без выраженных признаков хронической интоксикации требует лечения на протяжении 4—6, иногда 8 мес. На период стационарного и амбулаторного лечения выдается больничный листок. При необходимости перевода по состоянию здоровья на другую работу более низкой квалификации либо невозможности рационального трудоустройства по решению ВКК больной направляется на ВТЭК.

Повторная вспышка инфильтративного туберкулеза требует прежде всего медикаментозного лечения. Длительность временной нетрудоспособности устанавливается индивидуально. Если больной до вспышки работал без срывов, целесообразно лечение до стойкого затихания процесса и восстановления трудоспособности. Однако в случае часто повторяющихся вспышек без тенденции к стойкому затиханию процесса по прошествии 4—5 мес лечения необходима консультация

<sup>1</sup> Сборник нормативных актов о льготах инвалидам. Под. ред. М. Д. Гришина. М., 1977, с. 96—97.

<sup>2</sup> См. литературу № 15, 16.

ВТЭК для решения вопроса о целесообразности продления больничного листка или перевода больного на инвалидность. Заключение о продлении больничного листка ВТЭК выносит в случае эффективности лечения и возможности возвращения больного к работе в своей профессии. Если правильное трудоустройство связано со значительным снижением квалификации или утратой профессии (например, по эпидемиологическим причинам), то имеются основания к признанию больного инвалидом III группы. В отдельных случаях, несмотря на длительное лечение, включающее химио- и коллоидотерапию, каверна не закрывается и бацилловыделение не прекращается. Больные, у которых за 10—12 мес не наступило стойкой компенсации процесса, направляются на ВТЭК и признаются инвалидами II группы.

При экспертизе трудоспособности больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких следует учитывать распространенность, излечимость, частоту вспышек, характер распада, степень функциональных нарушений, сопутствующие заболевания и т. д.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отличается длительным, волнообразным течением. В период вспышки большой временно нетрудоспособен. В период ремиссии труд в показанных условиях нередко оказывает положительное влияние на течение процесса. Наблюдаются вполне компенсированные процессы с тенденцией к заживлению и процессы, отличающиеся склонностью к прогрессированию, декомпенсации. Большое значение для клинической эволюции этой формы туберкулеза имеет частота бронхогенного обсеменения, обычно сопровождающегося картиной обострения. Иногда обострения бывают редко и больной работает, не прибегая к больничным листкам в течение ряда лет, несмотря на значительные морфологические изменения.

В других случаях вспышки часты и длительны, и больной может стать нетрудоспособным.

На состояние трудоспособности влияет распространенность процесса. Иногда процесс развивается из небольшой по протяженности инфильтративной или очаговой формы с образованием каверны без тенденции к прогрессированию. Сохраняя свою ограниченность, процесс обычно является доброкачественным, чему способствует антибактериальная терапия. Трудоспособность больных в подобных случаях снижается редко.

При больших или множественных кавернах, сформировавшихся в результате распада долевых инфильтратов, казеозных пневмоний или распространенных форм диссеминированного туберкулеза, клинический и трудовой прогноз неблагоприятный из-за частых обострений и прогрессирования процесса. Обширные цирротические изменения в легких, часто встречающиеся при длительно протекающих фиброзно-кавернозных процессах, также ухудшают трудовой прогноз.

Иногда в участках легочной ткани, не пораженных туберкулезом, развиваются атрофические и хронические воспалительные процессы (эмфизема, пневмосклероз, хронический бронхит, бронхоэктазии). Эти вторичные изменения могут обусловить развитие легочно-сердечной недостаточности и нарушение трудоспособности больных.

Наличие постоянного бацилловыделения указывает на прогрессирующий характер течения процесса. Длительная абациллярность, несмотря на каверну, при клиническом затихании процесса свидетельствует о санировании внутренней стенки каверны и тенденции к ее заживлению.

В оценке клинического и трудового прогноза известную роль играют отдельные симптомы заболевания, в частности боли в груди, одышка, кровохарканье, легочное кровотечение, частый и сильный кашель, а также сопутствующие заболеванию нетуберкулезной этиологии. Для целей ВТЭ могут быть выделены 5 клинических типов фиброзно-кавернозного туберкулеза, отличающихся по течению и трудовому прогнозу.

К I типу относятся больные с гигантскими или множественными кавернами, у которых наблюдаются длительная декомпенсация процесса и выраженная легочная недостаточность. У больных иногда выявляются внелегочные локализации туберкулеза, амилоидоз. Прогноз неблагоприятный в связи с невозможностью хирургического лечения и наличием лекарственной устойчивости. Независимо от профессии больные признаются нетрудоспособными и часто нуждаются в постоянном уходе постороннего лица (I или II группа инвалидности).

Ко II типу относятся больные с обширным процессом, которым показано длительное стационарное лечение или хирургическое вмешательство, а также с частыми и длительными обострениями процесса, выраженными функциональными нарушениями. Больные, как правило, признаются инвалидами II группы. Некоторым из них можно рекомендовать работу на дому.

К III типу относятся больные с неустойчивой компенсацией, у которых отмечаются симптомы туберкулезной интоксикации, а также с обширными цирротическими изменениями и легочной недостаточностью I или II степени. Продолжительных и частых обострений обычно не наблюдается. Больные отмечают быструю утомляемость и не могут выполнять работу, связанную с постоянным нервным или физическим напряжением. Им можно рекомендовать работу в специально созданных условиях (на дому, в специальном цехе и т. п.). В подобных случаях больные признаются инвалидами II группы, и им дается соответствующая трудовая рекомендация. Работники умственного или легкого физического труда в отдельных случаях признаются ограниченно трудоспособными.

К IV типу относятся больные с ограниченным по распространению фиброзно-кавернозным туберкулезом с редкими обострениями, без резко выраженных нарушений функций. В частности, благоприятным течением отличаются изолированные каверны в легком, а также каверны менее 2 см в диаметре с тенденцией к заживлению. Больные с такими изменениями при наличии благоприятных условий труда являются в большинстве случаев трудоспособными. Однако, если по состоянию здоровья они нуждаются в переводе на другую работу более низкой квалификации или значительном уменьшении объема производственной деятельности в прежней профессии, устанавливается III группа инвалидности.

К V типу относятся больные без явных клинических признаков фиброзно-кавернозного туберкулеза, у которых не отмечается обострений и в мокроте не обнаруживаются микобактерии туберкулеза. Каверна в подобных случаях часто обнаруживается лишь при томографии легких и обычно имеет небольшие размеры. При заживлении по типу открытого излечения каверны происходит санация внутренней стенки, однако полость и ее связь с бронхом сохраняются. Носители таких каверн, как правило, являются трудоспособными и сравнительно редко признаются ограниченно трудоспособными при переводе на другую работу более низкой ква-

лификации или необходимости значительного уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии.

Следует подчеркнуть, что больным фиброзно-кавернозным туберкулезом, признанным трудоспособными, необходимые облегчения и ограничения в работе (освобождение от работ в ночную смену, дополнительных нагрузок, командировок и т. д.) могут быть предоставлены по решению врачебно-консультативных комиссий (ВКК) лечебных учреждений, в частности туберкулезных диспансеров. Больные должны находиться под особым наблюдением туберкулезного диспансера. Они нуждаются в периодическом направлении на санаторное лечение. При обострении процесса больные являются временно нетрудоспособными.

Определение состояния трудоспособности больных фиброзно-кавернозным туберкулезом, установление группы инвалидности основывается на общих принципах врачебно-трудовой экспертизы и в соответствии с Инструкцией по определению групп инвалидности.

### ВТЭ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ<sup>1</sup>

При оценке трудоспособности таких больных следует учитывать обратимость нарушений функций системы внешнего дыхания и кровообращения, возникающих после вмешательства, а также частое практическое излечение больных.

Одним из видов хирургического лечения больных, страдающих преимущественно фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, является **экстраплевральная торакопластика**. Операция производится в 2 этапа. Первый этап состоит в резекции на пораженной стороне передних отрезков ребер, второй — в удалении спустя несколько недель задних отрезков ребер. Торакопластика приводит к уменьшению объема грудной клетки, спадению пораженных отделов легкого и развитию в них фиброза. Нередко полный клинический эффект операции определяется не сразу, а по истечении 6—12 мес. Наблюдения показывают, что свыше 75% оперированных могут в дальнейшем стать практически здоровыми. После операции нарушается функция системы внешнего дыхания: уменьшается ЖЕЛ, снижаются дыхательные резервы. Указанные изменения более выражены после правосторонней торакопластики, и они тем значительнее, чем больше резецировано ребер и соответственно больше коллапс легкого.

Нарушения функций наиболее выражены непосредственно после операции, а затем в течение нескольких лет они постепенно уменьшаются вследствие развития компенсаторных механизмов. В конечном счете устанавливается новый уровень функциональных возможностей организма. Величина ЖЕЛ, дыхательных резервов и т. д. в известной мере зависит от состояния больного до операции. У лиц, перенесших операцию торакопластики, нередко наблюдаются признаки легочной недостаточности I степени. Тяжелый физический труд таким больным недоступен. При необходимости перевода по состоянию здоровья на работу более низкой квалификации они могут быть признаны на ВТЭК ограниченно трудоспособными. В других профессиях больные, как правило, остаются трудоспособными.

<sup>1</sup> См. литературу № 17—23.

Почти 60—75 % оперированных возобновляют свою трудовую деятельность в течение первого года после операции без последующего ухудшения состояния здоровья. При направлении на ВТЭК больной должен быть всесторонне обследован. В Направлении на ВТЭК должны быть представлены данные исследования функции системы внешнего дыхания и кровообращения, анализы мокроты или промывных вод бронхов на ВК, результаты рентгенологического исследования, включая томографию, позволяющие судить о состоянии коллабированного и другого легкого, сведения о том, с какого времени не определяются каверна и явления интоксикации, а также микобактерии туберкулеза в мокроте. При первом после операции освидетельствовании в Акте следует указывать модификацию вмешательства, количество резецированных ребер и удаленных полностью, наличие микобактерий туберкулеза в мокроте. При последующих освидетельствованиях подробные сведения об операции приводятся в случаях редкого ее варианта. Необходимость учета масштаба операции обусловлена тем, что в соответствии с разъяснением Управления ВТЭ МСО РСФСР от 5 июня 1958 г. к п. 1 раздела IV Инструкции по определению групп инвалидности только после полной резекции 5 и более ребер при наличии легочной недостаточности больному, признанному инвалидом III группы, инвалидность устанавливается без указания срока переосвидетельствования<sup>1</sup>. Из разъяснения следует, что частичная резекция ребер, даже более 5, не дает основания к установлению III группы инвалидности без переосвидетельствования.

Врачебно-трудовая экспертиза больных легочным туберкулезом, перенесших торакопластику, основывается на анализе медицинских и социальных факторов.

Среди медицинских факторов особое значение имеют эффективность операции и состояние функций организма. Следует учитывать при этом не только поражение легкого, но и общие тенденции процесса, его особенности у конкретного больного.

Эффективность торакопластики выявляется, как указано выше, чаще в течение первых 6—12 мес после операции; у больных в указанный период времени могут наблюдаться выраженные нарушения функций системы внешнего дыхания, что дает основания считать их нетрудоспособными. Если больной имеет право на продление больничного листа, то 1 год после операции ему определяется временная нетрудоспособность. В противном случае устанавливается II группа инвалидности на 1 год, в частности тогда, когда оперированный уже до операции являлся инвалидом по туберкулезу. В течение второго года после успешной торакопластики продолжается адаптация к новым условиям, и больные признаются ограниченно трудоспособными (инвалидами III группы). На третий год при благоприятном течении основного заболевания лица, перенесшие операцию, как правило, признаются трудоспособными в непротивопоказанных профессиях.

При экспертизе трудоспособности больных, перенесших оперативное вмешательство, следует учитывать особенности клинического течения заболевания, трудовую направленность, профессию, возраст больного и т. д. Процессы компенсации лучше развиваются у лиц

<sup>1</sup> Методические указания управления ВТЭ по некоторым вопросам врачебно-трудовой экспертизы. М., 1958. См. также Перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно. Раздел III, п. 6. М., 1970.

молодого возраста, отдаленный прогноз лучше у женщин, а также у больших, перенесших левостороннюю торакопластику. Трудовой прогноз при значительном по масштабу оперативном вмешательстве хуже, чем при 3- или 5-реберной торакопластике. Развитие выраженной легочной недостаточности также прогностически неблагоприятно.

Наблюдение над больными, перенесшими операцию торакопластики, показывает, что в отдельных случаях после периода многолетнего благополучия в мокроте обнаруживаются микобактерии туберкулеза. Источник бактерий выделения может быть не установлен, несмотря на тщательное рентгенологическое и эндоскопическое исследование. Бацилловыделение обычно прекращается после курса лечения. Если такой больной ранее был признан трудоспособным, то до выявления результатов лечения его следует считать временно нетрудоспособным.

При неэффективной операции больных необходимо считать страдающими фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и соответственно оценивать их трудоспособность. У этой категории больных в дальнейшем часто выявляются легочно-сердечная недостаточность и различные неспецифические поражения, например бронхоэктатическая болезнь.

Трудоустройство лиц, перенесших торакопластику, базируется на общих для больных туберкулезом легких принципах. Перенесшим торакопластику противопоказаны работы, связанные со значительным физическим напряжением (грузчики, носильщики, литейщики и т. д.), длительной ходьбой (почтальоны, монтеры и т. п.), повышенной инсоляцией, влажностью, длительной речевой нагрузкой. Наиболее благоприятны виды труда, которые в процессе своего выполнения дают возможность изменять положение тела. Особые затруднения у больных вызывает выполнение работ в наклонном положении туловища; длительном вынужденном положении сидя, без возможности облокотиться на спинку стула; монотонные, даже без физической нагрузки, длительные движения руки оперированной стороны быстро утомляют руку (машинистка, пианист). Непротивопоказанной является работа слесаря, токаря, фрезеровщика и т. д., если она не связана с подъемом тяжестей.

Лечение туберкулезной эмпиемы плевры начинается с аспирации гнойного экссудата, назначения антибактериальных и иных медикаментозных средств, общеукрепляющего лечения. Комплексное лечение при свежих и неосложненных эмпиемах часто достигает эффекта. Безуспешность консервативной терапии заставляет прибегать к хирургическим методам лечения, одним из которых является торакопластика. Средняя продолжительность только стационарного лечения лиц, перенесших успешную торакопластику по поводу эмпиемы, составляет, по данным ЛИЭТИНа, около 10 мес. Объем операции нередко весьма значителен. В связи с этим многие больные, излеченные от эмпиемы, страдают выраженным нарушением функции системы внешнего дыхания и кровообращения, что служит основанием для определения им II группы инвалидности.

Если после торакопластики по поводу эмпиемы плевры длительное время функционирует свищ, больные признаются инвалидами II группы. Отсутствие свища и остаточной плевральной полости в течение 2 лет после операции позволяет определять больному III группу инвалидности, если нарушение функции системы внешнего дыхания и кровообращения не дает оснований для установления другой группы инвалидности. При оценке трудоспособности больных после эффективной плеврэктомии следует учитывать состояние функций



системы внешнего дыхания и кровообращения, а также требования, предъявляемые к организму в процессе профессиональной деятельности. После полной резекции 5 и более ребер при наличии легочной недостаточности больному устанавливается III группа инвалидности без указания срока пересвидетельствования.

Операция плеврэктомии (декортикации) широко используется для лечения больных туберкулезной эмпиемой. Она дает хороший клинический эффект в 85—87% случаев. Исследования ЛИЭТИНа показали, что исходы операции лучше у лиц моложе 40 лет, а также у женщин и больных эмпиемой, не осложненной свищами. Длительность пребывания в стационаре после плеврэктомии редко превышает 5 мес и составляет в среднем 76—100 дней. Функция системы внешнего дыхания у больных сразу после оперативного вмешательства ухудшается, но в дальнейшем происходит выравнивание нарушенных показателей, а в ряде случаев улучшение их в сравнении с дооперационным уровнем. Больные, не являвшиеся до плеврэктомии инвалидами, после операции должны признаваться временно нетрудоспособными. После санаторного лечения и стойкого улучшения состояния функций системы внешнего дыхания трудоспособность больных в профессиях, не имеющих противопоказаний, может быть восстановлена. Оснований для признания таких лиц инвалидами, как правило, нет, и более 90% оперированных приступают к работе в прежней профессии в течение первых 10 мес после успешного оперативного вмешательства. У большинства оперированных не возникает необходимости в продлении ВТЭК больничного листа сверх 10 мес.

Больные, являвшиеся до операции инвалидами в связи с туберкулезом, признаются инвалидами II группы, поскольку они длительное время должны находиться в условиях стационара и санатория. При пересвидетельствовании им может быть определена III группа инвалидности на период рационального трудового устройства или профессионального обучения.

В некоторых случаях плеврэктомия сочетается с резекцией части легкого, пораженного туберкулезом или неспецифическим процессом. Трудоспособность больных в подобных случаях при благоприятной фазе процесса определяется состоянием функций системы внешнего дыхания и кровообращения.

При соответствующих медицинских показаниях больным, перенесшим плеврэктомии, производят торакопластику. Чем значительнее объем торакопластики, тем больше страдает функция системы внешнего дыхания и кровообращения. Больным, перенесшим плеврэктомии, не следует рекомендовать работу с большим физическим напряжением, в неблагоприятных производственных условиях.

При трудовом устройстве больных необходимо учитывать степень недостаточности функции системы внешнего дыхания и кровообращения. Она устанавливается с помощью инструментальных и клинических исследований.

Интраплевральный пневмоторакс является одним из самых старых методов лечения туберкулеза легких. Внедрение в практику эффективных противотуберкулезных препаратов, успехи легочной хирургии заставили пересмотреть показания к наложению пневмоторакса.

Искусственный пневмоторакс и в настоящее время считается важным методом лечения, способствующим повышению эффективности противотуберкулезной химиотерапии. Обострение процесса у больных с распадом при применении только химиотерапии наступает в 2—7 раз чаще, чем у больных, в лечении которых, помимо медикаментозных

средств, применялся пневмоторакс. Наложение искусственного пневмоторакса надо рассматривать как дополнительный метод лечения, содействующий достижению клинического эффекта.

Искусственный пневмоторакс считается эффективным, если после его наложения устраняются явления интоксикации, исчезают выраженные нарушения функций системы внешнего дыхания, спадаются каверна, перестают определяться в мокроте микобактерии туберкулеза. Пневмоторакс чаще оказывается эффективней у женщин; успешнее он слева.

В некоторых случаях для создания эффективного пневмоторакса необходимо произвести пережигание плевральных спаек (торакокаустик), препятствующих спадению каверны. Иногда эффективности пневмоторакса могут препятствовать плевральные спайки, не поддающиеся пережиганию.

Наложение искусственного пневмоторакса является обратимым вмешательством. При безуспешности его следует распустить и выбрать иную тактику лечебного воздействия. В тех случаях, когда после прекращения эффективного пневмоторакса рентгенологически определяются плевральные шварты, необходима пункция, позволяющая обнаружить выпот в плевральной полости, своевременное удаление которого может предупредить возникновение эмфиземы.

При решении вопроса о состоянии трудоспособности больных туберкулезом легких после наложения искусственного пневмоторакса следует учитывать его эффективность, течение заболевания, состояние функции внешнего дыхания, требования, предъявляемые больному в процессе производственной деятельности.

Состояние функций системы внешнего дыхания у больных сразу после наложения пневмоторакса отчетливо ухудшается. Однако через несколько месяцев после первичного поддувания у больных отмечается лишь напряжение дыхательной функции, препятствующее выполнению работ, связанных со значительным физическим напряжением. Противопоказаны работы, выполняемые в наклонном положении туловища, в неблагоприятных метеословиях и т.д. Должны быть учтены также противопоказания эпидемиологического характера. Больные с эффективным неосложненным пневмотораксом после периода временной нетрудоспособности признаются в большинстве профессий трудоспособными. Обычно они не нуждаются в направлении на ВТЭК. При развитии осложнений пневмоторакса и безуспешности их лечения может возникнуть необходимость в направлении больного на ВТЭК. В процессе экспертизы трудоспособности больных туберкулезом с искусственным пневмотораксом должны учитываться общие закономерности течения туберкулезного процесса, например наличие активных очагов туберкулеза внелегочной локализации. В противном случае возможны ошибочные экспертные решения.

Сущность операции экстраплеврального пневмоторакса<sup>1</sup> заключается в отсложке легкого вместе с париетальной плеврой и создании экстраплевральной полости, чаще в верхнем отделе. Тем самым достигается коллапс не всего легкого, а преимущественно пораженной его части. Положительный эффект операции экстраплеврального пневмоторакса наблюдается в 78—93 % случаев. Возникающие после операции нарушения функции системы внешнего дыхания обычно не

<sup>1</sup> В настоящее время операция не применяется. Однако в практике ВТЭ нередко продолжают свидетельствоваться больные, ранее перенесшие указанную операцию.

превышают I степени. Наибольшей выраженности они достигают непосредственно после операции, а затем постепенно уменьшаются по мере адаптации организма к новым условиям.

В 45% всех случаев лица, перенесшие операцию, приступают к трудовой деятельности через 2—3 мес. В дальнейшем ухудшения состояния здоровья у них не наблюдается. Больным с экстраплевральным пневмотораксом, учитывая характер туберкулезного процесса и известную напряженность функциональных резервов, противопоказана работа в профессиях, связанных со значительной физической нагрузкой, в неблагоприятных производственных условиях, а также в ряде профессий по эпидемиологическим причинам.

При экспертизе трудоспособности больных с экстраплевральным пневмотораксом необходимо учитывать, что операция в большинстве случаев приводит к практическому излечению больных и не вызывает заметных нарушений функций системы внешнего дыхания и кровообращения. Через 2—3 мес после успешной операции больные могут приступить к не противопоказанной им работе и в большинстве случаев инвалидами не признаются. Однако при необходимости перевода больного на другую работу более низкой квалификации, в частности по эпидемиологическим причинам или в связи с неблагоприятными условиями труда в прежней профессии, на период переквалификации устанавливается III группа инвалидности.

Больные с экстраплевральным пневмотораксом успешно работают слесарями, токарями, фрезеровщиками. Необходимо стремиться к тому, чтобы больной мог продолжать работу в прежнем коллективе, в привычной обстановке, что благоприятно сказывается на его психическом состоянии.

При необходимости изменения профессии или условий труда им следует рекомендовать работу, близкую к прежней.

**Резекция легкого или части его** является ныне наиболее частым методом хирургического лечения туберкулеза, способствующим реабилитации больных и инвалидов, в том числе лиц пожилого возраста. Важнейшее значение для врачебно-трудовой экспертизы больных, перенесших резекцию, имеют диагностика и определение степени нарушения функции системы внешнего дыхания и кровообращения.

Остающийся анатомический дефект после удаления легкого или его части, спайки, а также смещение средостения, метатуберкулезные изменения в легочной ткани, последствия токсико-аллергического поражения миокарда нередко вызывают нарушения функции системы внешнего дыхания и кровообращения.

После обширной резекции и в особенности пульмонэктомии происходят резкое смещение средостения и организация фибринозного экссудата в послеоперационной полости. Наблюдается перегиб крупных, главным образом венозных, сосудов, что создает механические препятствия для работы сердца. Кроме того, вследствие пульмонэктомии часто повышается давление в легочной артерии, развиваются гипертрофия миокарда правого желудочка, нарушения гемодинамики.

После частичной резекции легкого, сочетавшейся с противотуберкулезной химиотерапией, обычно не происходит снижения трудоспособности больных. Период временной нетрудоспособности позволяет оценить степень эффективности операции и восстановить в срок от 4 до 10 мес нарушенные функции, обусловленные операционной травмой, дефектом легочной ткани и плевральными спайками. При необходимости долечивания ВТЭК может продлить период временной нетрудоспособности еще на 4 мес.

Сегментарная и бисегментарная резекция не приводит к развитию выраженной легочной недостаточности. Последняя не превышает обычно 0—I, I степени. Более значительная степень легочной недостаточности (I—II) обуславливается хроническим бронхитом, пневмосклерозом, эмфиземой легких или торакопластикой, осуществленной до или после резекции.

Сердечная недостаточность у больных, перенесших сегментарную и бисегментарную резекцию, отсутствует или весьма незначительна. Иногда симптомы сердечной недостаточности выявляются лишь при дозированной физической нагрузке (учащение пульса больше чем на 30 уд/мин, отсутствие возврата пульса к исходному через 3 и 5 мин после нагрузки).

Трудоспособность больных в большинстве случаев после эффективной сегментарной и бисегментарной резекции восстанавливается через 4—6 мес. К этому времени нарушения функции системы внешнего дыхания и кровообращения, вызванные вмешательством, претерпевают обратное развитие, и анатомический дефект легочной ткани оказывается функционально компенсированным. Такие больные после периода временной нетрудоспособности могут признаваться трудоспособными. В тех случаях, когда нарушения функции системы внешнего дыхания и кровообращения, препятствующие выполнению работы по основной профессии, сохраняются у больных до 8—9 мес, ВТЭК может продлить временную нетрудоспособность.

При трехсегментарной резекции, лоб- и билобэктомии, а также при комбинированных резекциях восстановление нарушенных функций системы внешнего дыхания и кровообращения в связи с травматичным характером вмешательства происходит менее полноценно, чем при экономных резекциях. В зависимости от индивидуальных особенностей оперированного, длительности туберкулезного процесса период адаптации продолжается 5—10 мес.

Легочная недостаточность I и I—II степени после периода временной нетрудоспособности у этих больных наблюдается значительно чаще, чем у больных, перенесших сегментарную или бисегментарную резекцию. Причиной выраженной легочной недостаточности в подобных случаях являются неэффективность операции, тяжелые послеоперационные осложнения, перенесенная торакопластика, а также метатуберкулезные неспецифические заболевания легких.

Изменения системы кровообращения после удаления 3 сегментов, лоб- и билобэктомии, а также при комбинированных резекциях принципиально не отличаются от таковых при сегментарной или бисегментарной резекции, однако они встречаются чаще и клинически более выражены. Так, после сегментарной и бисегментарной резекции легочное сердце встречается в виде исключения, тогда как у больных, перенесших резекцию 3 сегментов, доли и двух долей легкого, легочное сердце встречается в 16—17% случаев.

При неэффективных частичных резекциях легких, развитии тяжелых послеоперационных осложнений нарушения функций системы внешнего дыхания и кровообращения в большинстве случаев выражены резко, чем после операций без осложнений. Экспертное решение о трудоспособности зависит от результатов последующего лечения, а также степени нарушения функции системы внешнего дыхания и кровообращения. В случае развития легочной недостаточности II—III степени, легочного сердца с нарушением кровообращения по большому кругу II—III степени больные нуждаются в постоянном постороннем уходе и признаются инвалидами I группы.

Пулumonэктомия в ближайший после операции период сопровождается резким нарушением функций системы внешнего дыхания и кровообращения. Это связано с операционной травмой, изменением условий дыхания и кровообращения в малом круге. В дальнейшем на протяжении 1—2 лет наблюдается постепенное выравнивание нарушенных функций.

В отдаленном периоде после оперативного вмешательства, иногда через 5—8 лет, может наступить ухудшение функций системы внешнего дыхания и кровообращения, связанное с прогрессированием заболевания в оставшемся легком, срывом механизмов компенсации и декомпенсацией легочного сердца. Ухудшению состояния функций могут способствовать интеркуррентные заболевания, атеросклероз венечных артерий, гипертоническая болезнь.

В отдаленные сроки после пулumonэктомии у больных выявляется легочная недостаточность преимущественно I—II или II степени. Легочная недостаточность II—III степени развивается редко. Следует подчеркнуть, что торакопластика на стороне операции при пулumonэктомии не ухудшает функцию системы внешнего дыхания. В то же время торакопластика предупреждает резкое смещение средостения, а также образование медиастинальной грыжи за счет здорового легкого.

Основным механизмом компенсации нарушенных функций системы внешнего дыхания у лиц, перенесших удаление легкого, является увеличение МОД. При нарушении бронхиальной проходимости у перенесших пулumonэктомию развивается гипоксемия, особенно при физической нагрузке и непосредственно после нее.

При легочной недостаточности I—II и II степени часто отмечается уменьшение систолического объема и увеличение, реже уменьшение, МОК. Увеличение МОК связано с компенсаторным усилением работы сердца в условиях гипоксемии или гиперфункции дыхательной мускулатуры. Снижение МОК у некоторых больных может зависеть от относительной сердечной недостаточности либо уменьшения основного обмена как компенсаторно-приспособительной реакции организма. Компенсаторная гиперфункция системы кровообращения у больных, перенесших пулumonэктомию, заключается в увеличении минутного объема крови и учащении сердечных сокращений. На ЭКГ часто обнаруживаются признаки перегрузки правых отделов сердца. В отдаленных случаях развивается декомпенсация легочного сердца с нарушением кровообращения по большому кругу. Надо подчеркнуть, что такие ЭКГ-признаки легочного сердца, как высокий зубец R в I грудном отведении и глубокий зубец S в V грудном отведении, могут быть следствием смещения или поворота сердца вокруг продольной оси в результате плевроперикардальных спаек. Данные БКГ у большинства больных, перенесших пулumonэктомию, отражают нарушения гемодинамики. У лиц молодого возраста БКГ часто остается нормальной, что указывает на достаточные резервные возможности сократительной функции миокарда.

При экспертизе трудоспособности необходимо учитывать, что в отдаленные сроки после эффективной пулumonэктомии около 40% больных восстанавливают свою профессиональную трудоспособность. В то же время, согласно разделу I Перечня заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования, эти больные признаются инвалидами III группы без переосвидетельствования (что допускается после динамического наблюдения за инвалидом в течение 2 лет). В этом случае ВТЭК, призна-

вая больного инвалидом III группы, может рекомендовать ему работу в прежней профессии. После эффективной пульмонэктомии при отсутствии послеоперационных осложнений, при положительной динамике показателей нарушенных функций системы внешнего дыхания и кровообращения больным, не являвшимся инвалидами до операции, рекомендуется проведение лечения с выдачей больничного листа до 10 мес. Если трудоспособность не восстановилась, то они направляются во ВТЭК. Этим лицам доступны профессии умственного, конторско-канцелярского, легкого физического труда на предприятиях, использующих труд инвалидов с сокращенным рабочим днем. Преждевременное включение больных в непоказанный трудовой процесс может вызвать срыв компенсации. Следует иметь в виду, что обострение туберкулеза чаще всего наступает в первый год после оперативного вмешательства. В течение продолжительного времени у больных отмечается выраженный астеновегетативный синдром.

Больные, длительно лечившиеся до пульмонэктомии или являвшиеся инвалидами, после операции обычно признаются инвалидами II группы. При резко выраженных нарушениях функций системы внешнего дыхания, кровообращения или их сочетании больные, перенесшие пульмонэктомию, признаются инвалидами I группы.

В случае неэффективной пульмонэктомии, тяжелых послеоперационных осложнений, обострения туберкулезного процесса после произведенной операции больные признаются инвалидами II группы. Если они нуждаются в постоянном постороннем уходе, им устанавливается I группа инвалидности.

Лобэктомия, произведенная по поводу туберкулеза легких, в 90 % случаев является эффективной операцией, особенно при уже затихшем процессе. Длительность стационарного лечения после лобэктомии обычно не превышает 3—4 мес. Если операция производится в период инфильтрации или вспышки, постоянного бактериовыделения, сроки стационарного лечения становятся более продолжительными.

Послеоперационные осложнения чаще отмечаются у больных, оперированных по поводу фибринозно-кавернозного туберкулеза. Обострения туберкулеза возникают обычно в течение первого года после операции. При туберкулезе реактивация бывает редко.

Трудоспособность больных после эффективной лобэктомии определяется состоянием функций системы внешнего дыхания и кровообращения, а также характером и условиями профессиональной деятельности. После эффективной лобэктомии при отсутствии осложнений или признаков обострения туберкулезного процесса существенных нарушений функции системы внешнего дыхания не возникает. При развитии осложнений или обострения процесса легочная недостаточность обычно не превышает I степени. Больным противопоказана работа, связанная с тяжелым физическим напряжением, значительной речевой нагрузкой, неблагоприятными метеоусловиями, воздействием пыли, раздражающих газов и запахов. Если у оперированного установлены начальные проявления хронического легочного сердца и диагностирована гипертоническая болезнь, то ВТЭК в каждом отдельном случае должна установить, не снижает ли такое сочетанное поражение системы кровообращения трудоспособности в профессиях физического труда средней степени.

Больные, перенесшие неэффективную лобэктомию и работавшие до операции в непротивопоказанных видах и условиях труда, обычно на ВТЭК не направляются и по окончании периода временной нетрудоспособности приступают к работе в прежней профессии.

В некоторых случаях ВТЭК продлевает больным лечение с выдачей больничного листа либо определяет III группу инвалидности на период рационального трудоустройства или приобретения непротивопоказанной профессии. Установление больным после лобэктомии II группы инвалидности обуславливается чаще всего тяжелыми осложнениями, не поддающимися лечению, например эмпиемой плевры или обострением туберкулеза. Лица, являвшиеся до лобэктомии инвалидами II или III группы, после операции обычно признаются инвалидами II группы.

Сегментарные и атипичные резекции в настоящее время широко применяются при туберкулезе легких и дают стойкий клинический эффект примерно в 97% случаев. Осложнения и реактивация процесса при сегментарных и атипичных резекциях встречаются реже, чем при других видах оперативного лечения больных туберкулезом. Через 4—6 мес нередко происходит нормализация показателей функций системы внешнего дыхания и кровообращения. В тех случаях, когда операция производится по поводу фиброзно-кавернозного или диссеминированного туберкулеза легких с распадом, в послеоперационном периоде может наступить прогрессирование процесса и значительное нарушение функций системы внешнего дыхания и кровообращения. Лицам, перенесшим операцию, не следует рекомендовать работу, связанную с большой физической или речевой нагрузкой, особенно в течение первого года после вмешательства, а также в неблагоприятных производственных условиях, способствующих, в частности, простудным заболеваниям.

Доступной является работа станочника, слесаря-сборщика, инструментальщика, механика, шофера легковых и грузовых машин, тракториста (на тракторах с закрытой кабиной), столяра.

В связи с тем, что в среднем через 6 мес после успешной сегментэктомии или атипичной резекции легкого наступает адаптация к новым условиям, больному можно рекомендовать приступить к непротивопоказанной работе. Оснований для направления на ВТЭК в подобных случаях обычно нет, однако при необходимости рациональное трудоустройство без снижения квалификации может быть осуществлено по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Не следует рекомендовать ранний, через 2—3 мес, выход на работу, что может привести к срыву компенсации и обострению процесса. При направлении больных на операцию после длительного периода временной нетрудоспособности в послеоперационном периоде может возникнуть необходимость в определении больным II группы инвалидности. Наряду с этим II группа инвалидности может устанавливаться больным, у которых произошло обострение туберкулезного процесса или развилась эмпиема плевры, не поддающаяся консервативному лечению, а также больным, являвшимися до операции инвалидами II или III группы.

При очередном переосвидетельствовании такие больные могут признаваться инвалидами III группы на период рационального трудоустройства либо профессионального обучения. В дальнейшем трудоспособность больных может быть восстановлена.

При силикотуберкулезе клинический и трудовой прогноз зависит от особенностей клинического течения заболевания и степени нарушения функций.

Основной причиной смерти при силикозе является активный туберкулез. Развившийся на фоне силикотического пневмофиброза, туберкулез легких приводит к формированию силикотуберкулеза. Туберкулезный процесс при силикотуберкулезе чаще всего не имеет тенденции к распространению и носит очаговый характер. Дифференцировать стадию силикоза и клиническую форму туберкулеза легких у больных силикотуберкулезом не всегда представляется возможным.

В течении силикотуберкулеза можно выделить два периода: I — торпидный, отличается хорошим самочувствием, нормальной или непостоянной субфебрильной температурой тела, нормальными или незначительно измененными показателями периферической крови, отсутствием в мокроте микобактерий туберкулеза; II — прогрессирующий, характеризуется картиной тяжелого обострения, нередко с летальным исходом. Клиническая картина силикотуберкулеза в фазе инфильтративной вспышки лишена черт острого лихорадочного заболевания, кровохарканье наблюдается редко, микобактерии туберкулеза определяются лишь биологическими методами.

#### Клиническая группировка силикотуберкулеза:

А. *Основные клинические формы.* Силикоз I, II, III стадий (преимущественно интерстициальная либо узелковая формы), осложненный: 1) ранними проявлениями туберкулеза; 2) очаговым; 3) инфильтративным; 4) диссеминированным; 5) фиброзно-кавернозным туберкулезом легких; 6) силикотуберкулезом: а) одиночной с дифференциацией стадий силикоза, б) множественной без дифференциации стадий силикоза; 7) массивным прогрессирующим силикотуберкулезом (при возможности дифференцировать): а) с преобладанием силикотического процесса, б) с преобладанием туберкулезного процесса.

Б. *Характеристика туберкулезного процесса:* а) открытые формы; б) закрытые формы.

В. *Фазы течения туберкулеза:* 1) обострение: а) инфильтрация, б) распад, в) обсеменение; 2) затихание: а) рассасывание, б) уплотнение.

Г. *Степень компенсации по показателям состояния функций системы внешнего дыхания и кровообращения:* а) скрытая легочная недостаточность; б) выраженная легочная недостаточность; в) легочно-сердечная недостаточность I, II, III степеней.

Целесообразность выделения указанных клинических форм обусловливается тем, что силикотуберкулез — не просто сочетание двух процессов разной этиологии, а свособразный, единый по своей сущности, патологический процесс. При отдельных формах туберкулеза сохраняются особенности клинических проявлений и течения силикотуберкулеза, но выражены они менее отчетливо. Нарастание силикотического фиброза существенно сказывается на течении туберкулеза, и, напротив, различные формы туберкулеза определенно влияют на прогрессирование силикоза. В конкретных случаях необходимо указывать стадию и форму каждого процесса, что способствует опреде-

<sup>1</sup> См. литературу № 24.



лению клинического и трудового прогноза. Выделение фазы обострения и ремиссии относится к туберкулезному процессу. Фаза излечения не наблюдается, поскольку силикоз не претерпевает обратного развития. Устанавливая диагноз силикотуберкулеза, необходимо указывать степень легочной и сердечной недостаточности.

**Клиническая симптоматика отдельных форм туберкулезного процесса при силикозе и вопросы врачебно-трудовой экспертизы при них.** Силикоз, осложненный ранними проявлениями туберкулеза, характеризуется жалобами больных на слабость, быструю утомляемость, повышенное потоотделение. Температура обычно субфебрильная или характеризуется размахами суточных колебаний нормальной в 1°C и больше; СОЭ увеличенная, отмечается незначительный лейкоцитоз со сдвигом влево. Рентгенологически на фоне силикотического узелкового фиброза выявляются тени, напоминающие силикотический узелок, однако большие по размеру и отличающиеся полиморфизмом. Тени располагаются в верхних полях, чаще в подключичной области, латерально. Не свойственные силикозу признаки интоксикации, полиморфизм узелковых образований и их локализация дают основание заподозрить туберкулез. Заражение морских свинок путем введения в лимфатические узлы промывных вод желудка больных способствует распознаванию силикотуберкулеза в раннем периоде заболевания. Через год у 55% больных наблюдается развернутая клиническая картина туберкулеза легких, несмотря на прекращение контакта с кварцевой пылью. Больные признаются временно нетрудоспособными на период лечения при возможности возвращения на свою работу. Если больной после окончания лечения будет нуждаться в переводе на другую работу более низкой квалификации, ему следует установить III группу инвалидности с причиной «профессиональное заболевание» на период приобретения другой, показанной по состоянию здоровья, профессии и трудоустройства. Больные признаются ограниченно трудоспособными также при развитии выраженных изменений функции системы внешнего дыхания.

**Силикоз, осложненный очаговым туберкулезом.** Очаговый туберкулез чаще других клинических форм осложняет силикоз и способствует его прогрессированию после прекращения контакта с пылью.

При оценке трудоспособности надо исходить из следующего: больные, профессия которых не требует обязательного контакта с пылью (столяры, плотники, электрики, слесари, электромонтеры), могут работать в своей профессии вне связи с профессиональной вредностью. Оснований для определения им группы инвалидности нет.

При необходимости перевода больных, работающих в профессиях, связанных с воздействием пыли (пескоструйщик, формовщик, шлифовщик, забойщик, крепильщик), на другую работу более низкой квалификации им устанавливается III группа инвалидности. Лицам молодого возраста группа инвалидности определяется на период переобучения и рационального трудоустройства. Причиной инвалидности является «профессиональное заболевание».

При силикозе II стадии в сочетании с очаговым туберкулезом легких в фазе уплотнения трудоспособность больных обычно стойко снижена вследствие развития легочной недостаточности либо необходимости перевода их на другую работу более низкой квалификации.

**Силикоз, осложненный инфильтративным туберкулезом.** Типичные туберкулезные инфильтраты могут возникнуть лишь на ранних стадиях силикоза. Чем больше выражен силикотический пневмофиброз, тем реже он сочетается с типичным туберкулезным инфильтратом.

Больные отмечают слабость, одышку, боли в груди. Влажные хрипы при аускультации определяются редко. Рентгенологически на фоне силикотического пневмофиброза выявляется интенсивная тень инфильтрата. Несмотря на энергичное лечение противотуберкулезными средствами, инфильтрат при силикотуберкулезе редко претерпевает обратное развитие, а, напротив, начинает увеличиваться в размерах. В дальнейшем наступают распад, диссеминация, и процесс приобретает черты кавернозного туберкулеза легких.

Оценка трудоспособности больных зависит от стадии силикоза. При I стадии силикоза в сочетании с инфильтративным туберкулезом в фазе уплотнения без выраженных нарушений функций системы внешнего дыхания больные признаются инвалидами III группы. Они могут работать в профессиях, не связанных с воздействием пыли. Лица, страдающие силикозом II и III стадий в сочетании с инфильтративным туберкулезом в фазе вспышки и распада, обычно признаются инвалидами II группы.

*Силикоз, осложненный диссеминированным туберкулезом.* Процесс может длительное время протекать бессимптомно. При легкой степени нарушения функций системы внешнего дыхания, отсутствии признаков прогрессирования заболевания в процессе длительного наблюдения больные силикозом I и II стадий признаются инвалидами III группы. Причиной инвалидности является «профессиональное заболевание». Больные нуждаются в трудовом устройстве и могут выполнять работу, не связанную с воздействием пыли. При значительных нарушениях функций системы внешнего дыхания больные признаются инвалидами II группы.

*Силикоз, осложненный фиброзно-кавернозным туберкулезом.* Микобактерии туберкулеза в мокроте длительно не выявляются. Структура легких резко изменяется, и рентгенологически бывает трудно отличить туберкулезные изменения от силикотических, а также определить стадию силикоза. Степень нарушения функций системы внешнего дыхания достигает значительной выраженности, и больным устанавливается II группа инвалидности.

*Силикотуберкулема.* Заболевание в течение 4—8 лет может протекать без нарушения самочувствия больного и функции системы внешнего дыхания, с нормальной температурой и картиной крови. В дальнейшем силикотуберкулема протекает как массивный прогрессирующий силикотуберкулез. Биологическая прививка способствует ранней диагностике туберкулеза. Наличие силикотической ткани и преобладание ее над казеозными массами дает основание расценивать процесс как силикотуберкулему. Экспертизу трудоспособности целесообразно проводить после хирургического вмешательства.

*Массивный прогрессирующий силикотуберкулез с преобладанием туберкулезного либо силикотического процесса.* В 84,6% подобных случаев биологическая диагностика выявляет у больных вирулентные микобактерии туберкулеза. Данная форма отличается от силикоза III стадии локализацией массивных теней преимущественно в верхних легочных полях и наличием туберкулезной интоксикации, не свойственных неосложненному силикозу. Морфологическим субстратом крупнотеневого силикотуберкулеза является массивный фиброз с очагами творожистого перерождения. Выделяются клинические формы с преобладанием туберкулезного либо силикотического процесса. При экспертизе трудоспособности больных следует учитывать характер и фазу туберкулезного поражения, стадию силикоза, степень нарушения функций внешнего дыхания и кровообращения.

ВТЭ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ (БРЫЖЕЕЧНЫХ И ЗАБРЮШИННЫХ) ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ (ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕЗАДЕНИТЕ)<sup>2</sup>

Как самостоятельное клинически выраженное заболевание туберкулезный мезаденит в настоящее время наблюдается сравнительно редко.

Патогенетически туберкулезный мезаденит связан с первичным туберкулезом и чаще всего возникает у детей и подростков. Заболевание наблюдается также у лиц молодого возраста, преимущественно до 30 лет. Обычно туберкулезный мезаденит встречается при генерализованных формах вторичного туберкулеза. Морфологически наблюдается поражение лимфоузлов брыжейки с развитием в них казеозного некроза, а также раннее вовлечение в процесс брюшины и в дальнейшем — тонкой кишки. При поражении брюшины возникают боли и местные симптомы, усиливаются проявления синдрома туберкулезной хронической интоксикации. Боли при мезадените возникают чаще слева от пупка или в правой подвздошной области. Они не связаны с приемом пищи или дефекацией, но возникают после физического напряжения, длительной ходьбы, тряской езды. Туберкулезная интоксикация характеризуется повышенной утомляемостью и раздражительностью больных, нарушением сна, субфебрильной температурой с периодическим кратковременным повышением до 38—39 °С. Выявляются тахикардия, лабильное кровяное давление, склонность к спастическим реакциям кишечника, нейтрофильный сдвиг влево, значительное увеличение СОЭ. Резко выражена кожная проба на туберкулин (папула свыше 1 см в диаметре или лимфангоит вокруг зоны гиперемии, появление пузырьков с эксудатом, увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов). Необходимо подчеркнуть, что само по себе наличие положительной туберкулиновой пробы у взрослого человека не имеет серьезного значения. Одним из характерных клинических признаков является метеоризм. При рентгеноскопии выявляются нарушения функций кишечника. На рентгенограммах могут быть обнаружены отложения извести (кальцинаты) в лимфатических узлах брюшной полости. Вовлечение в процесс брюшины обуславливает развитие спаек, которые служат причиной болей, нарушений деятельности желудочно-кишечного тракта. При мезадените туберкулезной этиологии нередко увеличиваются шейные лимфатические узлы с характерными морфологическими изменениями. Пункция узлов имеет большое диагностическое значение. Обострения мезаденита наступают весной и осенью. Специфическая антибактериальная терапия на несколько месяцев улучшает состояние больных.

Течение мезаденита может быть abortивным и заканчиваться клиническим излечением либо прогрессирующим волнообразным с

<sup>1</sup> ВТЭ при туберкулезном поражении костно-суставного аппарата, см. с. 299. ВТЭ при туберкулезном менингите, см. с. 337. ВТЭ при туберкулезном спондилите с неврологическими нарушениями, см. с. 370. ВТЭ при туберкулезе глаз, см. с. 470.

<sup>2</sup> См. литературу № 25.

периодическими обострениями. Трудовой прогноз при мезадените зависит от характера клинического течения процесса, частоты, тяжести и длительности обострений, наличия других локализаций туберкулеза, осложнений, эффективности противотуберкулезной терапии, профессии больного. В периоды обострений мезаденита, сопровождающихся резко выраженными явлениями интоксикации, больные являются временно нетрудоспособными. В необходимых случаях больные могут быть представлены на ВТЭК для продления лечения по временной нетрудоспособности. В процессе лечения улучшается самочувствие больного, рассасывается воспалительная инфильтрация, затихает процесс в брюшине. В дальнейшем обратное развитие претерпевают изменения в лимфоузлах, исчезают или уменьшаются явления интоксикации, что способствует постепенному восстановлению трудоспособности. Больным противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением, длительной ходьбой (почталоны) или стоянием (парикмахеры и др.). Не рекомендуются работы в неблагоприятных метеорологических условиях, а также на производстве, где нельзя организовать регулярное питание. В профессиях умственного или легкого физического труда больные трудоспособны.

При переводе больного по состоянию здоровья на другую работу более низкой квалификации или уменьшении объема производственной деятельности в прежней профессии определяется III группа инвалидности.

У некоторых больных мезаденитом наблюдаются субфебрильная температура тела, утомляемость, похудание и другие симптомы нерезко выраженной хронической интоксикации. Они могут выполнять работу небольшого объема без значительного нервно-психического или физического напряжения и в большинстве случаев должны признаваться инвалидами III группы. Реже встречаются случаи, когда заболевание не поддается длительному комплексному лечению, и больные признаются инвалидами II группы.

## ВТЭ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ<sup>1</sup>

Туберкулез почек среди хирургических поражений данного органа занимает второе место после почечнокаменной болезни и нередко прижизненно не диагностируется. Антибактериальная терапия привела к почти полному исчезновению тяжелых, инвалидизирующих форм туберкулеза мочеполовых органов. Однако при освидетельствовании во ВТЭК эти больные нередко без должных оснований признаются инвалидами.

Критериями оценки трудоспособности больных туберкулезом мочеполовых органов во многих случаях являются характер и степень выраженности нарушений функций почек.

Туберкулез почек возникает в результате гематогенного инфицирования микобактериями туберкулеза, чаще из легких. В каждой почке процесс может протекать различно, вплоть до излечения в одной и прогрессирования в другой. Первыми признаками болезни обычно являются туберкулезная бациллурия, затем асептическая пиурия при отсутствии клинической симптоматики. Реже отмечаются боли в области поясницы или приступы болей типа колики.

<sup>1</sup> См. литературу № 26.

Пиурией принято считать повышенное (более 8 в поле зрения) количество лейкоцитов в моче. У женщин о ней можно судить лишь при взятии мочи катетером. Специфичность пиурии, определяемой при кислой реакции мочи, подтверждается выявлением в моче микобактерий туберкулеза.

Протеинурия у этих больных колеблется в пределах 0,033 — 0,99 г/л. В моче находят единичные эритроциты.

Большое значение в диагностике имеют пиелография и урография.

При обнаружении активного заболевания одной или обеих почек больные признаются временно нетрудоспособными. В результате антибактериальной терапии многие из них могут быть возвращены к своему обычному профессиональному труду, не становясь инвалидами, однако нуждаются в дальнейшем врачебном наблюдении и амбулаторном лечении.

Для комплексного изучения функционального состояния почек применяются 3 группы методов:

1. Методы оценки состояния выделительной функции почек по свойствам мочи (выделение красок, проба Зимницкого и др.).

2. Методы определения различных свойств крови (определение остаточного азота, мочевины, креатинина и др.).

3. Методы, основанные на определении соотношения содержания отдельных веществ в моче и крови. Особо важны методы, дающие возможность определить парциальные функции почек ( клубочковую фильтрацию, канальцевую секрецию и реабсорбцию, почечный кровоток).

Даже при наступившем клиническом излечении важное значение имеет оценка состояния функций почек. Существенное нарушение функций почек наблюдается чаще при двустороннем поражении, тогда как при одностороннем они обычно сохранены.

Для целей экспертизы трудоспособности принято выделять 3 степени почечной недостаточности (см. стр. 235). Своевременно начатое лечение туберкулеза почек обычно предотвращает развитие выраженной почечной недостаточности, за исключением случаев обширных двусторонних деструктивных поражений.

При затихшем или клинически излеченном туберкулезе почек, когда отсутствуют признаки почечной недостаточности или они не превышают I степени, больным противопоказана работа в неблагоприятных метеорологических условиях, связанная со значительным физическим напряжением, воздействием токсических веществ, так как перечисленные факторы могут стать причиной обострения туберкулеза. Больным в подобных случаях противопоказана работа грузчика, литейщика, шахтера, газосварщика и т. д. При необходимости значительного сокращения объема производственной деятельности либо перевода больного на работу другой, более легкой, квалификации устанавливается III группа инвалидности. При II степени почечной недостаточности, кроме того, противопоказана работа, связанная с умеренным физическим напряжением. Больные, как правило, признаются инвалидами II группы. При III степени почечной недостаточности больные признаются инвалидами II группы. Если они нуждаются в постоянном постороннем уходе, то определяется I группа инвалидности.

При одностороннем поражении и отсутствии эффекта от консервативной терапии возникает необходимость в оперативном лечении с последующей оценкой трудоспособности больных.

До оперативного лечения или в случае отказа больного от операции трудоспособность определяется характером процесса. При стационарном процессе практически трудоспособны, главным образом, лица умственного и легкого физического труда. Больным противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением, воздействием неблагоприятных метеорологических факторов, токсических агентов и т. п. При необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации или значительного уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии больные признаются инвалидами III группы. В случае прогрессирующего или далеко зашедшего туберкулеза почки, особенно при неэффективности антибактериальной терапии или ее непереносимости, больным, как правило, определяется II группа инвалидности.

Экспертиза трудоспособности больных с двусторонним поражением почек, при малой эффективности антибактериальной терапии, проводится с учетом характера течения процесса, наличия и размера деструкции, степени почечной недостаточности. При стационарном течении больным, страдающим туберкулезом обеих почек, доступна работа, связанная с незначительным физическим напряжением. Противопоказания перечислены выше. При развитии выраженной почечной недостаточности больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. Лица умственного труда могут в отдельных случаях продолжать работу в своей профессии со значительным сокращением объема производственной деятельности.

Врачебно-трудовая экспертиза больных, перенесших хирургическое вмешательство по поводу туберкулеза почек, проводится с учетом характера операции, состояния оставшейся части оперированной и другой почки, а также мочевого пузыря.

После нефрэктомии при полном отсутствии клинических признаков заболевания оперированные в течение 3 лет рассматриваются как лица с условно активным процессом, поскольку исключить наличие активных очагов в единственной оставшейся почке не представляется возможным. После частичной резекции почки или кавернотомии срок условной активности составляет 5 лет. В указанные сроки больным противопоказана работа со значительным физическим напряжением, а в первые 6—12 мес после операции — и умеренным физическим напряжением, в неблагоприятных метеоусловиях, связанная с воздействием токсических веществ. В тех случаях, когда указанные ограничения в труде приводят к снижению квалификации, больным определяется III группа инвалидности.

Заболевание единственной почки после нефрэктомии обычно сопровождается почечной недостаточностью. Всем больным в подобных случаях доступна работа с незначительным физическим напряжением при отсутствии противопоказанных факторов в условиях труда. Многие больные признаются инвалидами III группы. При прогрессировании процесса, выраженной почечной недостаточности больным противопоказан всякий труд в обычных производственных условиях, они признаются инвалидами II группы, а при нуждаемости в постоянном постороннем уходе — инвалидами I группы.

Туберкулез мочевого пузыря обычно не встречается как самостоятельное заболевание, а возникает у больных туберкулезом почек либо (у женщин) туберкулезом половых органов. Основными клиническими симптомами при туберкулезе мочевого пузыря являются боли и дизурические расстройства. Диагноз устанавливается на основании результатов цистоскопии.

Соответствующее лечение приводит к восстановлению структуры слизистой и функции мочевого пузыря. Для целей ВТЭ различают 3 формы клинического течения туберкулеза мочевого пузыря:

1. Туберкулез мочевого пузыря, сопровождающий активный процесс в почках. Решающим в оценке трудоспособности больных является характер поражения почек, однако туберкулез мочевого пузыря осложняет течение основного процесса и ухудшает клинический и трудовой прогноз.

2. Туберкулез мочевого пузыря, сохраняющийся после успешного хирургического лечения туберкулеза почек. Эта форма туберкулеза мочевого пузыря, как правило, хорошо поддается антибактериальному лечению. При недостаточной эффективности лечения туберкулез мочевого пузыря может быть самостоятельной причиной нарушения трудоспособности. В связи с частыми позывами на мочеиспускание больные в ряде случаев могут нуждаться в переводе на другую работу более низкой квалификации или в значительном уменьшении объема производственной деятельности и признаются инвалидами III группы.

3. Микростигис может встречаться при неизменной почке (почках), а также при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса со вторичным неспецифическим гидронефрозом. В первом случае больные не могут работать кассирами, телефонистами, кондукторами и т. д. Во втором случае, протекающем, как правило, с явлениями почечной недостаточности, клинико-трудовой прогноз неблагоприятен и зависит от степени ее выраженности. Большинству больных с указанной формой туберкулеза мочевого пузыря всякий труд в обычных производственных условиях противопоказан. В отдельных случаях, при отсутствии выраженной недостаточности почек, больные могут работать в специально созданных условиях.

Туберкулез мужских половых органов часто сочетается с туберкулезом почек, начинается с поражения семенных пузырьков и предстательной железы и протекает бессимптомно. Изредка процесс в предстательной железе прогрессирует и вскрывается в мочеиспускательный канал либо мочевой пузырь, вызывая тяжелые дизурические расстройства, или в прямую кишку. Позднее процесс переходит на придаток (придатки) яичка с образованием свища на мошонке.

В острой фазе процесса больные являются временно нетрудоспособными, а в дальнейшем они обычно приступают к работе, продолжая лечение. Больным противопоказана работа, связанная с длительной ходьбой, значительным физическим напряжением, в неблагоприятных метеорологических условиях. Больные с открытым свищом приравниваются к бацилловыделителям.

В отдельных случаях туберкулез мужских половых органов сочетается с тяжелыми формами туберкулеза всей мочеполовой системы, и больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях. При нуждемости в постоянном постороннем уходе больные признаются инвалидами I группы.

## ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЯХ

**Временная нетрудоспособность**<sup>1</sup>. Больные временно утрачивают трудоспособность в случаях острых воспалительных заболеваний глаз (конъюнктивит, склерит, кератит, ирит, хориоидит, увеит, неврит зрительного нерва), при остром приступе глаукомы или обострении хронических заболеваний глаз с благоприятным клиническим и трудовым прогнозом, характеризующихся полным или значительным восстановлением нарушенных функций зрения и восстановлением трудоспособности в сравнительно короткий срок. Исключение составляют больные с туберкулезными заболеваниями глаз. Противотуберкулезным профилактическим учреждениям, а также районным больницам, где нет туберкулезного отделения, разрешено выдавать листок нетрудоспособности при туберкулезных заболеваниях глаз до полного восстановления трудоспособности, которая обычно наступает в поздние сроки. Больничный листок в указанных случаях выдается в общей сложности не свыше 10 мес в течение года. За временно нетрудоспособными в связи с туберкулезным заболеванием сохраняется место работы до 12 мес<sup>2</sup>.

При острых заболеваниях с регрессирующим течением и полным восстановлением нарушенных функций зрения больничный листок выдается на весь период заболевания до выздоровления.

В случаях заболевания с затяжным течением, когда клинический прогноз остается неблагоприятным или сомнительным, несмотря на проведение всех необходимых лечебных мероприятий, и нарушение трудоспособности принимает стойкий характер, больные должны направляться на ВТЭК. Временная нетрудоспособность в большинстве случаев определяется с учетом медицинских и социальных факторов ВТЭ, хотя решающее значение может иметь каждый из них в отдельности.

Временная нетрудоспособность может быть обусловлена общим, профессиональным заболеванием, трудовым увечьем и бытовой травмой. Причина временной нетрудоспособности от «общего заболевания» устанавливается, когда заболевание, обусловившее временную нетрудоспособность, наступило во время работы или учебы в высших, средних специальных учебных заведениях, училищах, школах и курсах по подготовке кадров, в аспирантуре, ординатуре, но не связано с воздействием каких-либо вредных факторов или условий труда. Примерами являются такие заболевания, как кератиты, иридоциклиты, ириты, хориоретиниты, ретробульбарный неврит, острый приступ глаукомы, и др.

Профессиональным считается такое заболевание, которое развилось под влиянием: а) систематического и длительного воздействия факторов или условий труда, свойственных данной профессии, либо б) условий труда, характерных для данного производства. Среди

<sup>1</sup> См. литературу № 1.

<sup>2</sup> Постановление Совета Министров СССР № 972 от 1 сентября 1960 г. Приказ министра здравоохранения СССР № 426 от 6/Х 1960 г.



глазных заболеваний к профессиональным, согласно Списку<sup>1</sup> относятся:

1) конъюнктивиты, кератоконъюнктивиты, вызванные воздействием раздражающих веществ (сероводорода, диметилсульфата, лека, малеинового ангидрида, хинонов, антибиотиков и органических растворителей, пыли стекловолокна, волосяной пыли и др.);

2) катаракта, вызванная систематическим воздействием лучистой энергии значительной интенсивности (инфракрасное излучение, ультрафиолетовое, последнее при наличии глубокого повреждения роговицы, рентгеновские лучи, гамма-лучи, нейтроны, электромагнитные поля СВЧ, УВЧ, ВЧ, излучение оптических квантовых генераторов) или систематическим воздействием нитросоединений бензола (тринитротолуола и др.), нафталина;

3) прогрессирующая близорукость, связанная с постоянным напряжением зрения при точной, мелкой работе (проборщники основы, граверы, микроскописты, картографы, спектроскописты и др.);

4) электроофтальмия, связанная с воздействием ультрафиолетового излучения.

К профессиональным заболеваниям следует относить не только заболевания, указанные в Списке, но и их осложнения и прямые последствия. Кроме того, при воздействии некоторых промышленных ядов (свинец, тетраэтилсвинец, ртуть, мышьяк, сероуглерод и др.) изменения органа зрения являются симптомом соответствующего профессионального заболевания.

При установлении причины временной нетрудоспособности «трудовое увечье» следует учитывать не только травмы глаз вследствие несчастного случая при выполнении трудовых обязанностей, но и происшедшие по пути на работу или с работы, на территории предприятия или учреждения в течение рабочего дня, при выполнении общественных обязанностей, а также если на работе сложились чрезвычайные обстоятельства, обусловившие возникновение заболевания глаз или способствовавшие его прогрессированию. Исключение в данном случае будут составлять случаи травматизма, возникшие в результате нарушения правил техники безопасности по вине пострадавшего (например, работа в нетрезвом состоянии на точильном станке без защитных очков и т. д.).

Если травма глаза произошла по пути в командировку или обратно в служебное время, причиной наступившего заболевания является «трудовое увечье», однако если травма получена в период командировки, но не в служебное время, причину следует определять «общее заболевание».

К «трудовому увечью» относятся также последствия травм, полученных при выполнении долга гражданина СССР по спасению человеческой жизни, по охране социалистической собственности, социалистического правопорядка, а также травмы, полученные во время прохождения военной подготовки или переподготовки. Заболевание считается наступившим в связи с «трудовым увечьем», если травма глаза получена студентами, ординаторами, аспирантами во время производственной практики или производственного обучения, а также школьниками 9, 10 классов во время прохождения ими производственного обучения.

<sup>1</sup> Список профессиональных заболеваний. Утвержден М-вом здравоохранения СССР и ВЦСПС 25—26 февраля 1970 г. М., М-во соц. обеспечения РСФСР, 1970.

Временная нетрудоспособность в связи с «трудовым увечьем» может быть установлена не только, когда заболевание глаз развилось непосредственно после травмы, но и в отдаленном периоде (катаракта после ушиба глаза, отслойка сетчатки после удаления осколка из глаза в результате травмы и т. п.).

Для установления причины временной нетрудоспособности от «трудового увечья» необходимо руководствоваться актом о несчастном случае или другим официальным документом, свидетельствующим о несчастном случае: справкой администрации предприятия, протоколом, составленным милицией, справкой из лечебного учреждения, материалами прокурорских проверок, постановлениями органов следствия и приговорами судов.

**Особенности работы специализированной глазной ВТЭК<sup>1</sup>.** Специализированные глазные ВТЭК организуются там, где имеется соответствующий контингент свидетельствуемых.

Специализированные глазные ВТЭК создаются на базе больниц или поликлиник, в которых имеется возможность проведения необходимых при освидетельствовании исследований. Эти ВТЭК являются постоянными организациями и должны осуществлять:

а) определение постоянной или длительной потери трудоспособности и ее степени, установление групп и причин инвалидности, времени ее наступления, определение трудовых рекомендаций и мероприятий, содействующих медицинской и профессиональной реабилитации;

б) изучение динамики и причин инвалидности, выявление экспертных ошибок и их причин, организацию мероприятий, направленных на повышение качества экспертизы трудоспособности лиц с дефектами и заболеваниями органа зрения, разработки рекомендаций по устранению причин и условий, способствующих наступлению инвалидности;

в) контроль за обеспечением благоприятных условий труда инвалидов, работающих на предприятиях государственной промышленности, в сельском хозяйстве, в учебно-производственных предприятиях общества слепых.

Специализированная глазная ВТЭК должна состоять из 2 врачей-окулистов (один из них — председатель), а также невропатолога и терапевта (по 0,5 оклада). Кроме того, в состав специализированной ВТЭК входят представитель отдела социального обеспечения и представитель профсоюзной организации. В штате специализированной ВТЭК должен быть медицинский регистратор, а в комиссиях, работающих 5 и более дней в неделю, дополнительно утверждается должность старшей медицинской сестры. Для решения сложных вопросов по мере необходимости приглашаются консультанты-специалисты: нейроофтальмолог, психиатр и др.

ВТЭК, где проводится освидетельствование больных с заболеваниями глаз, должны иметь следующее оборудование и пособия: таблицы для исследования остроты зрения вдаль и вблизи; изолированные знаки для контрольных измерений; аппарат Рославцева (осветитель таблиц); периметр, камиметр, метки для периметрии и камиметрии; полихроматические таблицы для исследования цветового зрения, аномалоскоп; адантометр; аппарат для исследования состояния бинокулярного зрения и др., а также настольные лампы; бинокулярные лупы; офтальмоскопы; скиаскопические линейки; набор

<sup>1</sup> См. литературу № 2.

оптических стекол; щелевую лампу, электроофтальмоскопы; эластонометр. Кроме того, врачам ВТЭК должна быть предоставлена возможность пользоваться оборудованием, имеющимся в лечебном учреждении, на базе которого она создана.

Старший инспектор по ВТЭ совместно с председателем специализированной глазной ВТЭК устанавливает порядок работы ВТЭК и направления больных, определяет перечень районов, жители которых освидетельствуются в указанной ВТЭК.

Специализированные ВТЭК принимают на освидетельствование граждан по направлению лечебных учреждений. Больные с общими заболеваниями, вызвавшими выраженное нарушение функции зрения, также освидетельствуются в специализированной глазной ВТЭК. Однако при заполнении формы № 7 этих больных относят к группе больных с соответствующей патологией (туберкулез, заболевания нервной системы и системы кровообращения, последствия производственных травм или профессиональных отравлений и заболеваний, злокачественные опухоли, прочие заболевания).

В направлении на ВТЭК должны содержаться сведения о времени возникновения и течении заболевания, о динамическом наблюдении за состоянием зрения; при заболеваниях зрительно-нервного аппарата — результаты исследования поля зрения за период наблюдения больного в лечебном учреждении. Должны быть представлены необходимые объективные данные, подтверждающие форму стадии заболевания при прогрессирующем его течении, подробные сведения о состоянии переднего отдела глаз, прозрачных сред, клинической рефракции и глазного дна при всех нозологических формах. В направлении на ВТЭК должно быть подробное описание неврологического и терапевтического статуса больных и результатов лабораторных исследований.

Специализированные ВТЭК должны добиваться, чтобы в отношении каждого больного, прежде чем направить его на ВТЭК, лечебными учреждениями были проведены в полном объеме мероприятия медицинской и профессиональной реабилитации для сохранения свидетельствуемого на работе в своей профессии; медикаментозное лечение; правильная коррекция имеющейся аметропии; улучшение условий освещенности на рабочем месте при применении оптических линз; освобождение от ночных смен, дополнительных нагрузок и разъездов; от работ, связанных с подъемом тяжестей, а также перевод на другую работу без снижения квалификации и т. д.

Руководствуясь общими принципами врачебно-трудовой экспертизы, врачи специализированных глазных ВТЭК должны учитывать данные, характеризующие профессиональную деятельность больного в прошлом и настоящем, изменения в характере трудовой деятельности, поведение в быту. При экспертизе трудоспособности больных с заболеваниями глаз следует учитывать не только степень, но и темпы снижения зрения, время наступления тяжелого расстройства функции зрения, принимать во внимание методы, с помощью которых свидетельствуемый овладевал трудовыми навыками (пользовался в процессе обучения преимущественно слухом и осязанием или зрением; обучался в школе слепых, слабовидящих или массовой школе; проходил производственное обучение в учебно-производственных предприятиях общества слепых или в обычных производственных условиях и т. п.).

Клинический диагноз должен содержать название нозологической формы, характеристику распространенности, глубины и локализации

поражения, а при прогрессирующих заболеваниях отражать течение болезни, ее форму, степень компенсации нарушенных функций зрения. В начальной части клинического диагноза должно быть указано основное заболевание, а в его заключительной части — выраженность нарушения тех функций зрения, которые явились определяющими в установлении степени утраты трудоспособности.

Наиболее сложные больные до освидетельствования во ВТЭК должны направляться на стационарное обследование. При направлении в стационар специализированная ВТЭК обязана указать задачи, которые ставятся перед лечебным учреждением, научно-исследовательским институтом или лабораторией, куда направляется больной.

Специализированные глазные ВТЭК должны определять трудовые рекомендации не только инвалидам III, но и II, и I групп, так как рациональное трудоустройство может способствовать стабилизации процесса при некоторых заболеваниях глаз и улучшению зрительного восприятия. Трудовая рекомендация должна быть конкретной, учитывающей реальные возможности рационального трудового устройства. В ней следует отразить противопоказанные условия труда, примерные виды труда, доступные инвалиду по состоянию здоровья и зрения. При направлении инвалида на работу в УПП ВОС необходимо пользоваться Справочной таблицей для определения трудовых рекомендаций ВТЭ и трудового устройства инвалидов вследствие патологии органа зрения<sup>1</sup>.

Особенно тщательно требуется определять трудовые рекомендации лицам при заболеваниях, которые приводят к инвалидности на сравнительно короткий срок (2—4 года), в частности при катарактах, иногда при последствиях травматических повреждений глаз и др. Трудовая рекомендация в таких случаях должна быть одновременно и мерой профилактики деqualификации, и средством предупреждения возникшей необходимости установления группы инвалидности на длительный срок из-за невозможности возвращения инвалида к своему профессиональному труду. Врачи-эксперты должны иметь знания по гигиене труда и промышленной санитарии, систематически посещать предприятия, учреждения, учебно-производственные предприятия обществ слепых, совхозы, колхозы в районах своей деятельности, следя за выполнением трудовых рекомендаций и созданием благоприятных условий труда для инвалидов.

Специализированные ВТЭК, работая на основной базе, а также во время выездных заседаний в лечебные учреждения, должны проводить свою работу в тесном контакте с руководителями этих учреждений, систематически знакомить их с задачами и методами врачебно-трудовой экспертизы, совместно обсуждать недостатки оформления документации, случаи расхождения в результатах освидетельствования, вопросы обоснованного или преждевременного направления на ВТЭК, а также рационального трудового устройства лиц с дефектами и заболеваниями органа зрения.

Врачи специализированных ВТЭК должны активно участвовать в работе областных и городских совещаний, созываемых органами здравоохранения, по вопросам улучшения офтальмологической помощи населению, профилактики слепоты и слабовидения, трудового

<sup>1</sup> Новые принципы определения показаний к рациональному трудовому устройству инвалидов по зрению на УПП ВОС. Методические рекомендации. М.-во соц. обеспечения РСФСР. М., 1977.

устройства слепых и слабовидящих. Экспертам-офтальмологам целесообразно принимать активное участие в работе научных медицинских обществ и выступать на их заседаниях с докладами по различным вопросам экспертизы трудоспособности при глазных болезнях, профилактики инвалидности и т. д.

### Методики исследования функций зрения во ВТЭ<sup>1</sup>.

Врачебно-трудова́я экспертиза предъявляет высокие требования к функциональным методам исследования, которые позволяют более точно оценить состояние отдельных компонентов сложной зрительной функции: центрального, периферического, цветового зрения, светоощущения, бинокулярного зрения, а также функциональных возможностей органа зрения в целом.

Острота зрения как мера способности зрительного анализатора к различению деталей предметов внешнего мира, характеризующая состояние центрального зрения, определяется рядом факторов: диоптрическими свойствами глаза, степенью коррекции аметропии, интенсивностью и качеством света, временем, данным на различение, конфигурацией знаков, с помощью которых проводится исследование, диаметром зрачка. Все эти факторы необходимо учитывать при исследовании остроты зрения и соблюдать одинаковые условия при повторных и последующих проверках.

При освидетельствовании больных с заболеваниями глаз рекомендуется применять знаки и таблицы, дающие наиболее точную оценку состояния зрения у слабовидящих. Этим требованиям удовлетворяют таблицы или изолированные знаки, построенные по геометрической прогрессии. Острота зрения в практике врачебно-трудова́й экспертизы оценивается по таблицам с буквенными знаками, но для проведения контрольных исследований лучше применять двухразрывные уравновешенные кольца, круглые штриховые миры, позволяющие получить наиболее точные данные об остроте зрения.

В случаях, когда больной показывает низкое зрение на оба глаза, рекомендуется проводить исследование с разных расстояний после полной коррекции аномалии рефракции, причем удобнее всего это делать с расстояний 5 м, 2,5, 1,0 и 0,5 м; в сомнительных случаях используются все 4 дистанции. При этом необходимо соблюдать следующие правила: освещенность знака на всех дистанциях должна быть одинаковой, время экспозиции — постоянным и не превышать 3—4 с. На всех дистанциях должны применяться знаки одной и той же конфигурации. Остроту зрения надо определять по изолированному знаку, который правильно различается в 4 направлениях при последовательном показе знаков от малого размера к большему. В тех случаях, когда больной показывает зрение соответствующее практической слепоте (0,03 и ниже), рекомендуется применять зеркальную пробу.

При практической слепоте на один глаз, кроме исследования остроты зрения с разных расстояний, можно применять метод искусственного нарушения бинокулярного зрения несоответствующей коррекцией, исследование с помощью «очков-биноклей», исследование остроты зрения цветными стеклами и цветными буквами, опыт Жевала с чтением, определение двоения при чтении. При жалобе на слепоту, которая не соответствует характеру объективных изменений органа зрения, рекомендуется применять объективные, в том числе

<sup>1</sup> См. литературу № 3—16.

электрофизиологические, методы исследования: электроретинографию, электроокулографию, электроэнцефалографию.

Кроме определения остроты зрения вдаль, при экспертизе трудоспособности следует проверять остроту зрения вблизи. При обследовании слабовидящих в таких случаях следует использовать шрифты, построенные по геометрической прогрессии: пробные шрифты для ориентировочной оценки состояния зрения вблизи и шрифты, рассчитанные на более или менее продолжительное чтение и, следовательно, обеспечивающие более точные сведения об остроте зрения. Исследование рекомендуется проводить при освещенности 200—250 лк, а также 50 и 500 лк с тем, чтобы по ряду признаков судить, при каких условиях появляются затруднения или зрительное утомление при чтении, в частности замедление скорости чтения, увеличение количества фиксационных пауз, приближение или отдаление шрифта от глаз, нарушение содружественных движений глаз, появление или увеличение амплитуды движений головы вправо-влево, иногда учащение миганий, гиперемия конъюнктивы и слезотечение.

Проверка остроты зрения вблизи при экспертизе трудоспособности особенно необходима в тех случаях, когда профессиональный труд предъявляет более высокие требования к остроте зрения вблизи по сравнению со зрением вдаль.

Периферическое зрение (поле зрения) или то пространство, которое видит глаз человека при неподвижном взоре, зависит как от состояния самого органа зрения, так и от условий, в которых проводится исследование.

На величину поля зрения оказывают влияние: освещенность, контрастность фона и объекта, величина, яркость и цвет метки, скорость ее движения по дуге периметра. В том случае, если не соблюдаются правила посадки больного при периметрии, на размеры границ поля зрения оказывают влияние стенки орбиты, спинка носа, веки. Размеры периферических границ, кроме того, зависят от общего функционального состояния нервной системы. Все это необходимо учитывать при освидетельствовании больных с поражением зрительно-нервного аппарата, имея в виду при этом, что исследование поля зрения имеет важное диагностическое и прогностическое значение, а результаты бывают достоверными лишь при соблюдении всех методических правил его проведения. Особое значение имеют сведения о динамике изменений границ поля зрения, однако сравнивать результаты проведенных исследований возможно лишь в том случае, если они проводились в одинаковых условиях.

Следует иметь в виду, что исследование большим белым объектом (5 мм) недостаточно для выявления истинного состояния границ поля зрения. При таком методе проверки легко могут быть просмотрены изменения, свидетельствующие о заболевании зрительно-го пути. Исследование, проведенное только большим белым объектом, нередко не позволяет установить различие между изменениями границ поля зрения, обусловленными органическими заболеваниями зрительного пути, и функциональными заболеваниями нервной системы (истерия, неврастения и др.), а также при аггравации.

Исследование поля зрения должно проводиться с двумя белыми метками (5 и 2 мм) и красной меткой (5 мм). Белая метка (2 мм) проводится до точки фиксации через 30°.

Когда большой показывает очень узкое поле зрения, необходимо применять контрольные методы оценки. Одним из таких способов проверки является исследование на кампиметре с разных расстояний,

основанное на том, что угловая величина поля зрения остается постоянной с любого расстояния от глаз, в то время как его линейная величина возрастает пропорционально увеличению расстояния. Исследование на кампиметре проводится монокулярно с расстояния 1 и 2 м или с двух более близких дистанций. При исследовании с расстояния 0,25 м употребляется белая метка не менее 2 мм; с расстояния 0,5 м — белая метка не менее 3 мм; с расстояния 1 м — метка не менее 4 мм; с расстояния 2 м — метка не менее 6 мм.

В случаях, когда больной не различает метки указанной величины, она увеличивается до размеров, доступных для различения. Более широкая линейная величина поля зрения, определяемая с близкой дистанции, свидетельствует о недостоверных показаниях больного. Исследование поля зрения на кампиметре должно проводиться столь же тщательно, как и исследование на периметре. Расхождение показаний на  $1-2^\circ$  от исходной величины нельзя рассматривать как недостоверное.

Кроме контрольного исследования поля зрения на кампиметре, можно применить способ периметрии со смещением точки фиксации. При этом точка фиксации смещается в сторону, противоположную меридиану исследования, не более чем на  $30^\circ$ . К полученным результатам прибавляется число градусов, на которое была смещена точка фиксации. Значительное расхождение показаний при двух способах исследования указывает на их недостоверность.

Когда больной показывает очень узкое поле зрения при монокулярном исследовании, применяют бинокулярное исследование на периметре. Иногда при бинокулярном исследовании определяются более широкие границы поля зрения.

В ряде случаев применение описанных выше контрольных способов исследования все же не позволяет выявить истинного состояния границ поля зрения. В таких случаях рекомендуется применять объективные методы оценки функционального состояния периферических отделов сетчатки и проводящих путей: электроретинографию, электроокулографию.

Цветовое зрение — способность зрительного анализатора различать цвета — определяется с помощью полихроматических таблиц, таблиц и приборов для исследования порогов на цвета, а также аномалоскопов. Результаты этого исследования зависят не только от состояния органа зрения, но и от условий, в которых оно осуществляется.

Исследование цветового зрения по полихроматическим таблицам проводится с расстояния, на котором больной лучше всего видит, обязательно с коррекцией, если больной ею пользуется постоянно. Цветовое зрение проверяется отдельно на каждый глаз, так как бинокулярное исследование не позволяет выявить форму нарушения и его степень. Обязательной должна быть запись, при каких условиях проверялось состояние цветового зрения: освещенность, расстояние от глаз до таблицы, коррекция аномалии рефракции. Исследование можно проводить при хорошем дневном освещении, а лучше с подсветкой лампой дневного света. Освещенность на уровне таблиц должна быть не менее 600 лк. Последующие исследования должны проводиться в идентичных условиях.

Для проверки правильности показаний о состоянии цветового зрения обычно применяют 2 метода: пигментный и спектральный. Вначале исследование проводится по полихроматическим таблицам

Е. Б. Рабкина (пигментный метод). Результаты можно контролировать с помощью аномалоскопов (спектральный метод), сопоставляя форму расстройств цветового зрения, обнаруженную различными методами исследования. Контрольное исследование показаний пациента о состоянии цветового зрения может быть проведено только на аномалоскопе. Значительное расхождение показаний при составлении цветовых равенств в различные дни или нескольких исследований, сделанных за короткий отрезок времени, но с перерывом для отдыха глаз, свидетельствует о неправильных ответах.

Проводить исследование порогов контрастной чувствительности и цветоразличения для проверки правильности ответа больного не рекомендуется, так как у некоторых больных понижение чувствительности глаз к цвету может быть обусловлено явлениями быстро наступающего хроматического утомления.

К исследованию состояния темновой адаптации рекомендуется прибегать, когда больной предъявляет жалобы на плохое зрение в сумерки или показывает очень узкое поле зрения. Адаптометр Е. М. Белостоцкого — Гофмана (АДМ) позволяет не только построить адаптационную кривую при длительном исследовании, но и применить способы контрольного исследования путем изменения яркости предварительной адаптации. Атипичная адаптационная кривая также может свидетельствовать о недостоверных показаниях исследуемого.

При оценке результатов исследований необходимо придерживаться следующего принципиального положения: в случае недостоверности показаний больного о состоянии зрительных функций нельзя ставить диагноз аггравации без тщательного клинического обследования. Только исключив все объективные причины неадекватных ответов (органическое заболевание центральной нервной системы, истерия, неврастения, последствия закрытой черепно-мозговой травмы или нейротрифекции с истерическим или неврастеническим синдромом, авитаминоз и др.), можно остановиться на диагнозе аггравации или симуляции. Такой подход объясняется тем, что в ряде случаев больные, дающие недостоверные показания о состоянии зрительных функций, нуждаются в лечении основного заболевания, которое привело к функциональному расстройству зрения.

Заключение, изложенное в посылном листе ВКК или дополнительно на бланке поликлиники, должно направляться на ВТЭК только в закрытом пакете.

Объективные методы исследования. К наиболее простым и распространенным методам объективной оценки состояния зрения относится определение остроты зрения, основанное на возникновении оптико-кинетического нистагма при наблюдении за объектами (квадраты, полосы), движущимися с определенной скоростью. При вращении барабана диаметром 40 см со скоростью от 6 до 8 об/мин или 10 в 1 с оптико-кинетический нистагм возникает при демонстрации всех таблиц, соответствующих остроте зрения 0,08—0,9. При скорости вращения менее 6 об/мин оптико-кинетический нистагм возникает не всегда или исчезает при движении таблиц, соответствующих остроте зрения 0,06 и ниже. При скорости вращения свыше 12 об/мин оптико-кинетический нистагм может исчезнуть или не возникнуть при движении лент, соответствующих остроте зрения выше 0,5, если исследование проводится с расстояния 3,2 м.

Оптико-кинетический нистагм необходимо исследовать при движении барабана в обе стороны, так как при некоторых заболеваниях центральной нервной системы отмечается резкое ослабление или полное



отсутствие нистагма вправо или влево. Оптико-кинетический нистагм может быстро угасать при истерической амблиопии, неврастении и других заболеваниях. На оптико-кинетический нистагм оказывает влияние состояние аккомодации и конвергенции. Отвлечение внимания свидетельствуемого приводит к угасанию оптико-кинетического нистагма.

В связи с тем, что визуальное исследование делает этот метод в какой-то мере зависимым от субъективной оценки врача, целесообразно применять способ объективной регистрации оптико-кинетического нистагма — электроокулографию (нистагмографию).

При записи нистагмограммы на различных аппаратах было установлено, что за латентным периодом оптико-кинетического нистагма, равным 0,2—0,5 с, следуют две волны — положительная и отрицательная. Положительная соответствует медленной фазе оптико-кинетического нистагма в сторону движения ленты, а отрицательная — быстрой фазе в обратную сторону. Частота колебания волн соответствует частоте оптико-кинетического нистагма и зависит от скорости движения ленты, а также от угловых размеров видимых объектов.

Запись движений глаз может быть осуществлена на электрокардиографе, визиографе, электроэнцефалографе. Электроокулография относится к числу методов исследования, которые не требуют наложения электродов на глаз. Исследование может проводиться длительно, при любой освещенности, вне экранированной камеры и совершенно безвредно для больного.

Оценка остроты зрения с помощью нистагмаппарата или с регистрацией нистагмограммы не исключает тщательного клинического обследования больного и применения других методов изучения зрительных функций. Определение остроты зрения только на нистагмаппарате может привести к ошибке в оценке функциональных возможностей органа зрения.

Для объективной оценки остроты зрения вблизи и определения функциональных возможностей органа зрения используется метод, основанный на регистрации движений глаз и головы во время чтения, а также записи кожно-гальванического рефлекса как показателя трудности или утомления при чтении. Рекомендуется проводить запись при различных функциональных нагрузках (изменение освещенности, размера различимых объектов и т. д.). Применение этого метода исследования дает возможность по ряду показателей (уменьшение скорости чтения, изменение характера движения глаз, появление или увеличение амплитуды движения головы, увеличение кожно-гальванического рефлекса) судить об оптимальных условиях освещенности при зрительной работе и оптимальных размерах шрифта, различимых в данных условиях освещенности, что важно в экспертизе трудоспособности больных с заболеваниями органа зрения. Предложенный метод оценки функциональных возможностей органа зрения при чтении основан на использовании сложного электрофизиологического оборудования.

При экспертизе трудоспособности, особенно в случаях отказа больного от чтения, целесообразно применять другие электрофизиологические методы исследования, характеризующие функциональное состояние зрительно-нервного аппарата органа зрения: ретинографию (ЭРГ), исследование электрической чувствительности (ЭЧ), электроэнцефалографию (ЭЭГ). Выбор конкретного метода зависит от целей и задач обследования.

Для оценки функционального состояния сетчатой оболочки, особенно при помутнении прозрачных сред, электроретинография является весьма точным и надежным методом исследования. В тех случаях, когда нет возможности применить ЭРГ, судить о функциональном состоянии сетчатой оболочки можно по показателям электрической чувствительности и электроокулографии. Поражение периферических отделов сетчатой оболочки подтверждается значительным повышением порога электрической чувствительности, а также уменьшением показателей амплитуды электроокулограммы (ЭОГ).

Нарушение лабильности при нормальном пороге ЭЧ указывает на поражение области желтого пятна. Об этом же свидетельствует также увеличение признаков трудности при чтении, когда повышается освещенность, а иногда и понижение амплитуды ЭОГ по мере повышения освещенности.

Комплексный метод электрофизиологического исследования с применением ЭРГ, ЭЧ и ЭЭГ используется, когда необходимо отвергнуть или подтвердить поражение зрительного пути.

В тех случаях, когда больной жалуется на трудность выполнения зрительной работы при высокой остроте зрения, ЭОГ во время чтения, в условиях меняющейся освещенности, весьма часто позволяет уточнить причину. Причиной может оказаться нарушение содружественных движений глаз или фиксации взора, иногда снижение адаптационных возможностей, выражающихся в уменьшении скорости чтения и увеличении числа фиксационных пауз при понижении, реже при повышении освещенности. Все эти изменения можно видеть на ЭОГ при монокулярной записи горизонтальных движений глаз.

Установочное поведение больного существенно сказывается на результатах электрофизиологических исследований, поэтому при их проведении необходимо учитывать особенности личности больного и тщательно сопоставлять результаты клинических и электрофизиологических исследований.

Результаты электрофизиологических исследований способствуют уточнению функционального состояния органа зрения, клинического и трудового прогноза и тем самым — повышению качества врачебно-трудовой экспертизы больных, предъявляющих жалобы на нарушение зрения.

## ВТЭ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ<sup>1</sup>

Травмы занимают первое место среди причин инвалидности при заболеваниях глаз по РСФСР. Они чаще наблюдаются у молодых рабочих с небольшим стажем работы по специальности. В 86 % случаев повреждения глаз, ставшие причиной инвалидности, получены на производстве. Наиболее распространены травмы в металлообрабатывающей промышленности. Примерно в 40 % случаев они наблюдаются у лиц, занятых обработкой металла ручным способом (слесари-сборщики, слесари-монтажники, лекальщики, ремонтники, механики, инструментальщики, жестянщики), а также у водителей. У станочников (токари, фрезеровщики, сверловщики, шлифовальщики, наладчики, револьверщики) травмы глаз бывают реже, чем у рабочих, занятых обработкой металла ручным способом.

<sup>1</sup> См. литературу № 17—18.

Нередко травмы глаз возникают при заточке инструмента на точильном камне и во время работы на сверлильном станке.

Причиной травм глаза на производстве обычно является нарушение правил техники безопасности.

Клиническая картина последствий травматических повреждений глаз многообразна: наблюдается помутнение роговицы, травматическая катаракта, в отдаленные сроки — отслойка сетчатки. Тяжелые изменения заднего отдела глаза в 30 % случаев встречаются после контузий глазного яблока. Вторичная глаукома вследствие контузий наблюдается в 3 раза чаще, чем после проникающих ранений глаз. Степень и характер нарушения зрения после тяжелых травм глаз зависят от локализации и глубины поражения. Весьма частой причиной снижения зрения, вплоть до практической слепоты, является травматическая катаракта, в более редких случаях — отслойка сетчатки, пролиферирующий хориоретинит, швартообразование в стекловидном теле после гемофтальма, вторичная глаукома.

При обследовании больных с последствиями травм глаза в специализированных ВТЭК допускаются ошибки, обусловленные неполным обследованием различных отделов глаза и неправильной оценкой состояния зрения.

Экспертиза трудоспособности больных с последствиями травм глаз должна основываться на тщательном исследовании всех тканей глаза с применением биомикроскопии, офтальмобиомикроскопии, а при помутнении прозрачных сред — эхографии и электрофизиологических методов исследования. Систематическое наблюдение за состоянием зрения с применением контрольных методов проверки особенно необходимо в случаях травм, полученных на производстве, поскольку больные могут направляться на ВТЭК для определения утраты общей и профессиональной трудоспособности (в процентах).

Если больной с последствиями травмы глаза, полученной на производстве, может продолжать работу по специальности, то он направляется на ВТЭК для установления утраты трудоспособности в процентах<sup>1</sup>. Больным, у которых в результате военной или производственной травмы наступило снижение зрения до 0,02 на одном глазу и коррекция не улучшает зрения, определяется III группа инвалидности без указания срока пересвидетельствования, если наступило стойкое и необратимое снижение зрения в результате тяжелого повреждения всех тканей глаза.

Во всех остальных случаях вопрос о степени утраты трудоспособности решается на общих основаниях с учетом исхода травмы, состояния зрения, возможностей медицинской реабилитации и ряда социальных факторов. Учитывая, что в большинстве случаев травмы глаз наблюдаются у молодых лиц, имеющих небольшой стаж работы, им необходимо рекомендовать обучение в техникумах, профтехшколах и т. д. с целью приобретения другой равноценной или более высокой по квалификации профессии.

Рабочим, имеющим достаточный стаж и опыт, можно рекомендовать работу с использованием их квалификации. Так, токарю,

---

<sup>1</sup> Приказ по М-ву соц. обеспечения РСФСР № 8 от 24 января 1972 г. «Об утверждении Методических указаний о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) при освидетельствовании во ВТЭК рабочих и служащих, получивших увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой».

фрезеровщику, слесарю в отдельных случаях (по согласованию с администрацией завода) можно рекомендовать работу мастера, бригадира, помощника начальника цеха, начальника цеха, технолога.

В случаях невозможности рационального и равноценного трудоустройства лиц, перенесших тяжелую травму глаза, и необходимости перевода их на другую работу со снижением квалификации им определяется III группа инвалидности.

II группа инвалидности при последствиях тяжелых травм глаз определяется больным со снижением зрения до 0,08 на лучше видящем или единственно видящем глазу, а также больным с явлениями металлоза и рецидивирующими кровоизлияниями, иногда вторичной глаукомой, развившейся в отдаленные сроки.

I группа инвалидности определяется при снижении зрения до 0,03 на лучше видящем глазу. В случаях тяжелых повреждений, не поддающихся лечению, группа инвалидности устанавливается бесспорно.

### ВТЭ ПРИ ВЫСОКОЙ МИОПИИ (БЛИЗОРУКОСТИ)<sup>1</sup>

Высокая близорукость занимает ведущее место среди причин инвалидности лиц с заболеваниями глаз. Сложность решения задач врачебно-трудовой экспертизы при высокой близорукости объясняется недостаточной изученностью ее этиологии и патогенеза, многообразием форм и видов осложнений, особенностями зрительного восприятия при этой патологии.

Более чем в 80 % случаев к инвалидности приводят дегенеративно-дистрофические формы близорукости. Предрасполагающим фактором в их развитии является нарушение кровообращения в сосудах сетчатой и сосудистой оболочек, а также в магистральных сосудах. Способствуют прогрессированию различных форм миопии ослабление аккомодации, патология склеры и генетическое предрасположение.

Дегенеративно-дистрофические изменения в оболочках глаз и нарушение деятельности мышц возникают главным образом под воздействием инфекции, интоксикации, травм глаза и головы, при сосудистых заболеваниях, нейрогуморальных и эндокринных нарушениях.

Клинический прогноз при миопии определяется главным образом патогенетической формой заболевания. Он благоприятен при стационарной, окологлаукомной форме близорукости и менее благоприятен при прогрессирующей, преимущественно заднеполюсной, форме. Особенно неблагоприятен прогноз при влажном типе дистрофических изменений в макулярной зоне.

Нарушение зрительных функций при миопии выражается прежде всего в снижении остроты зрения вдаль и нарушении сумеречного зрения. В дальнейшем, по мере прогрессирования заболевания, снижается и световая адаптация, нарушается цветовое зрение, появляются центральные, парацентральные скотомы; при близорукости свыше 15,0 дптр часто возникает расстройство бинокулярного, стереоскопического и глубинного зрения вдаль; при близорукости свыше 20,0 дптр значительно уменьшается объем аккомодации. Длительная сохранность фотопического зрения вблизи благоприятно влияет на развитие компенсации при миопии.

При оценке состояния трудоспособности следует обращать особое внимание на клиническую картину заболевания, его форму и стадию.

<sup>1</sup> См. литературу № 18—24.

наличие осложнений, время их возникновения, выраженность компенсации, возраст больного, его установку на труд.

Учитывая высокие возможности компенсации, лица с близорукостью до 10,0 дптр без выраженного ее прогрессирования, занятые квалифицированным умственным или физическим трудом, а также выполняющие счетно-канцелярскую и административно-хозяйственную работу, признаются, как правило, трудоспособными. Вместе с тем лица с прогрессирующей близорукостью при развитой или далеко зашедшей стадиях заболевания, характеризующихся гемодинамическими сдвигами, что чаще всего наблюдается при миопии от 10,0 до 15,0 дптр, нуждаются в освобождении от работ, связанных с тяжелым или средним (постоянным) физическим напряжением, резкими наклонами головы, вынужденной рабочей позой, с сотрясанием туловища и вибрацией, воздействием лучистой энергии и ультразвука, опасностью воздействия нейротропных и токсических веществ, а также значительным нервно-психическим напряжением. Однако большим с этим вариантом миопии доступны широкий круг работ в сфере умственного, счетно-канцелярского труда умеренного объема и некоторые виды физического труда без воздействия вышеуказанных неблагоприятных факторов. В тех случаях, когда большой с развитой, и особенно далеко зашедшей, стадией заболевания выполняет абсолютно противопоказанный для него труд и перевод его по состоянию здоровья на другую работу сопровождается снижением квалификации или уменьшением объема производственной деятельности, имеются основания для определения ему III группы инвалидности.

В далеко зашедших стадиях заболевания (преимущественно заднеполюсной или распространенной форм) при миопии от 15,0 до 20,0 дптр и более круг доступных работ значительно сокращается. Эти лица могут выполнять лишь некоторые виды труда небольшого объема (методист, лаборант, смотритель музея), а также неквалифицированного труда (вахтер, гардеробщик у шкафиков и др.) и, как правило, признаются инвалидами III группы.

II группа инвалидности определяется при тяжелых осложнениях, обусловленных миопией, когда зрение снижается до 0,08 с коррекцией на лучше видящем глазу, при рецидивирующих кровоизлияниях, двусторонней отслойке сетчатки и других тяжелых осложнениях.

I группа инвалидности при осложненной близорукости определяется редко — при тяжелых двусторонних изменениях, приводящих к стойкому снижению зрения до 0,03 (с полной коррекцией). Чаще всего наблюдается у больных с комбинированной катарактой при невозможности оперативного лечения или отказе больных от операции, при отслойке сетчатки или при обширных очаговых изменениях в центральной части глазного дна.

Причина инвалидности при близорукости, как правило, устанавливается «общее заболевание». Однако, если на ВТЭК направляются лица молодого возраста, еще не работавшие или проработавшие всего несколько лет, но со старыми стойкими дегенеративно-дистрофическими изменениями в глазу, устанавливается «инвалидность с детства».

Прогрессирующая близорукость входит в список профессиональных заболеваний у лиц, работа которых связана с постоянным напряжением зрения при точной, мелкой работе, например гравер, спектроскопист, картограф. Однако необходимо иметь в виду, что нередко прогрессирование близорукости и появление осложнений может наблюдаться при этом заболевании спонтанно и не быть связанным

с условиями труда. Ввиду этого при экспертизе трудоспособности следует учитывать стаж работы, условия труда.

Так как изменения в тканях глаза при высокой миопии носят в основном дегенеративно-дистрофический характер, возможности медицинской реабилитации ограничены. Вместе с тем создание благоприятных гигиенических условий, правильная, оптимальная коррекция, тренировка мышечного аппарата глаз у лиц молодого возраста, иногда своевременное оперативное лечение (фотокоагуляция при кистозной дегенерации сетчатки, склеропластические операции) могут предупредить дальнейшее развитие близорукости и обеспечивают возможность длительного продолжения работы по специальности.

В тех случаях, когда обычная коррекция не позволяет достигнуть высокой остроты зрения, в показанных случаях применяется контактная коррекция.

Если средства и способы медицинской реабилитации оказываются неэффективными, особое значение приобретает профессиональная, а при невозможности ее осуществления — социально-трудовая реабилитация. Больного с высокой осложненной миопией необходимо оградить от неблагоприятных условий трудовой деятельности и создать благоприятные условия для зрительной работы. Особое значение в подобных случаях приобретает уровень освещенности. Большинство больных предпочитают высокие уровни освещенности — 500—700 лк. Однако при значительном повреждении фотопического аппарата зрения, что проявляется повышенной чувствительностью к свету, снижением цветовой чувствительности и световой адаптации, больным легче трудиться в условиях освещенности, не превышающей 300 лк. При этом необходимо обеспечить не только достаточное количество света, но и надлежащее его качество: отсутствие прямой и отраженной блескости, правильное распределение света на рабочем месте (отсутствие теней), отсутствие значительных колебаний освещенности в течение дня.

Своевременно предпринятое лечение, соблюдение санитарно-гигиенических условий зрительной работы способствуют профилактике тяжелого нарушения зрения при миопии.

Принимая во внимание, что 75% больных с высокой близорукостью становятся инвалидами в связи с неправильным выбором профессии в молодом возрасте, с целью профилактики инвалидности при этом заболевании рекомендуется обращать внимание на рациональное трудоустройство и своевременное обучение или пересобучение.

## ВГЭ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ГЛАЗА<sup>1</sup>

Туберкулез глаза является тяжелым хроническим воспалительным процессом, протекающим с обострениями и различными осложнениями. Туберкулез глаза занимает одно из первых мест среди всех воспалительных заболеваний органа зрения (14,2%).

В развитии заболевания играет роль не только возбудитель туберкулеза, но и иммунобиологическое состояние организма в период заражения. Трудность диагностики туберкулеза глаза обусловлена полиморфностью клинической картины, малосимптомным, иногда бессимптомным началом болезни, а также отсутствием проявлений туберкулезной инфекции в легких. Всех больных с туберкулезными заболеваниями глаза можно разделить на 2 группы.

<sup>1</sup> См. литературу № 25—27.

1-я группа включает больных с истинно туберкулезным процессом глаза, к этой группе относятся:

1) поражения переднего отдела глаза: а) туберкулез конъюнктивы век и глазного яблока, б) туберкулез роговой оболочки и склеры (кератиты и склериты);

2) туберкулез переднего отдела сосудистого тракта: ириты, иридоциклиты, увеиты (серозные, пластические, серозно-пластические увеиты, осложненные катарактами или вторичной глаукомой);

3) поражения заднего отдела глаза: хориоидиты центральные, очаговые; хориоретиниты диссеминированные; ретиниты; периваскулит; отслойка сетчатки; невриты; атрофия зрительного нерва. Гематогенные метастатические процессы могут быть и в придатках глаза.

2-я группа включает больных с аллергическими заболеваниями глаз: фликтены конъюнктивы, аллергические кератиты, эписклериты и склериты, серозные увеиты, ретиниты. Характерным для этих форм поражения глаза является отсутствие специфических для туберкулеза морфологических изменений.

Туберкулез глаза, являясь следствием гематогенной диссеминации, первоначально развивается в сосудистом тракте и распространяется в дальнейшем на остальные части глаза. Основными мерами профилактики инвалидности при этом заболевании являются ранняя диагностика, эффективная терапия, рациональное трудоустройство больных. Правильный диагноз туберкулезного поражения глаза может быть установлен при всестороннем обследовании органа зрения и организма в целом.

Ведущим лечебно-профилактическим учреждением по борьбе со всеми формами туберкулеза, в том числе туберкулеза глаза, является протivotуберкулезный диспансер.

Для туберкулеза глаза характерно хроническое течение с периодическими обострениями, особенно в весенний и осенний период. Начало заболевания больные часто связывают с перенесенным гриппом, ангиной, переохлаждением или перегреванием организма, иногда с травмой глаза или воздействием других факторов, ослабляющих как общий, так и местный тканевой иммунитет. Туберкулезному воспалению глаза нередко предшествует перенесенный в прошлом туберкулез легких, лимфатических желез и других органов. Для уточнения диагноза применяются рентгенологическое обследование, включая томографию, томофлюорографию, гемограммы до и после иммунобиологических проб, медикаментозно-биохимические реакции, бронхоскопия, исследование мокроты, промывных вод бронхов и желудка на наличие бактерий туберкулеза.

Дифференциальный диагноз следует проводить с такими заболеваниями, как сифилис, ревматизм, бруцеллез, токсоплазмоз, лептоспироз, коллагеноз. Особое место в обследовании больного занимает иммунобиологическая проба Манту.

В целях улучшения лечебной и профилактической помощи больные разделяются по группам учета, что имеет важное значение при оценке состояния трудоспособности больных.

1-я группа — У а. В эту группу входят больные: 1) с вновь выявленными свежими туберкулезными процессами в глазу; 2) с рецидивами и обострениями старых процессов. Срок пребывания в данной группе учета составляет 1—2 года. Больные с вновь выявленными заболеваниями должны находиться в стационаре не менее 3 мес, после чего им рекомендуется лечение в специализированных глазных санаториях.

2-я группа — Уб. В эту группу учета включаются больные с активными, но уже затихающими, процессами сроком на 2 года. Им проводят противорецидивные курсы лечения в амбулаторных условиях в среднем по 2 мес без выдачи больничного листка. В случае обострения заболевания больные переводятся в группу Уа учета и признаются временно нетрудоспособными.

3-я группа — Ув. В эту группу учета относят больных с неактивными формами туберкулеза. Они наблюдаются в противотуберкулезном диспансере 2 раза в год на протяжении 3 лет.

При активном свежем заболевании туберкулезом глаза больные признаются временно нетрудоспособными. Длительность пребывания на больничном листке определяется характером течения процесса, эффективностью лечения, профессией больного и условиями его труда. Если после 10-месячного лечения не удалось добиться стойкого клинического эффекта и для долечивания требуется еще 2—3 мес, после чего больной сможет возвратиться к работе по специальности, его необходимо направить на ВТЭК с указанием трудового прогноза. В таких случаях целесообразно продлить лечение по временной нетрудоспособности.

В отдельных случаях при необходимости временного перевода больного на другую, менее оплачиваемую работу ВКК может выдать «трудовой» больничный листок на 2 мес. В тех случаях, когда в результате заболевания возникли помутнение роговицы, зарращение зрачка, осложненная катаракта, вторичная глаукома, помутнение стекловидного тела, отслойка сетчатки и другие тяжелые осложнения, больных необходимо обследовать на предмет хирургического лечения, прежде чем их направлять на ВТЭК.

Трудоспособность больных определяется клинической формой заболевания, состоянием зрения, поражением других органов и систем, а также социальными факторами. Больным, перенесшим туберкулезное заболевание глаза, противопоказана работа в неблагоприятных метеорологических условиях, особенно с резкой сменой температуры, а также связанная с опасностью интоксикации раздражающими веществами, лучистой энергией, значительным нервно-психическим напряжением.

Учитывая, что активные методы лечения не всегда могут предупредить частичную или полную утрату зрения у больных туберкулезом глаза, особое значение приобретают профессиональная реабилитация, рациональное, по возможности равноценное, трудовое устройство с учетом знаний, навыков, опыта и квалификации инвалида.

Необходимо, чтобы лечебно-профилактические учреждения и ВТЭК осуществляли систематический контроль за выполнением трудовых рекомендаций и правильностью трудового устройства инвалидов, страдающих туберкулезом глаза. Для инвалидов III группы с туберкулезными заболеваниями глаза могут быть рекомендованы работы сборщика, упаковщика, кладовщика, контролера ОТК, комплектовщика, слесаря-раздатчика инструментов, контролера-браковщика и других в благоприятных условиях трудовой деятельности.

## **ВТЭ ПРИ БОЛЕЗНЯХ РОГОВИЦЫ И ХРУСТАЛИКА<sup>1</sup>**

ВТЭ при болезнях роговицы. Основными причинами инвалидности являются помутнение роговой оболочки вследствие травмы или кератитов различной этиологии, дегенеративно-дистрофические болезни

<sup>1</sup> См. литературу № 28—30.



и состояние после кератопротезирования. Помутнения роговицы приводят к снижению остроты зрения, степень которой зависит от локализации, величины и интенсивности помутнения. Лучи света из-за нарушения сферичности роговицы при ее заболевании не собираются в фокусе, а рассеиваются на сетчатке, вызывая у больных чувство слепимости. Поэтому лица с помутнением роговицы лучше видят не при высоких, а, наоборот, при средних и даже низких уровнях освещенности. Следовательно, определять остроту зрения у лиц с центральной локализацией помутнения роговой оболочки надо не только при освещенности 700—500 лк, но и при более низкой, иногда 250 и 50 лк. Улучшить зрение у больных при ярком свете могут светофильтры желтого, оранжевого, зеленоватого цвета с высокой пропускной способностью и дырчатые очки.

При помутнении роговой оболочки часто наблюдается миопическая рефракция в сочетании с неправильным астигматизмом. Корректирующие очки не всегда могут улучшить зрение. Помутнение роговой оболочки может сопровождаться значительным расхождением остроты зрения вдаль и вблизи. При экспертизе трудоспособности больных следует руководствоваться требованиями к остроте зрения, предъявляемыми профессией. В большинстве случаев к нарушению трудоспособности приводит снижение остроты зрения до 0,2 и ниже вблизи с коррекцией.

При воспалительных болезнях роговой оболочки противопоказана работа в контакте с раздражающими веществами, дымом, пылью. В тех случаях, когда условия труда являются противопоказанными или больной из-за значительного снижения зрения не может продолжать работать в своей профессии, он направляется на ВТЭК.

При невозможности перевода больного на другую работу без значительного уменьшения ее объема или снижения квалификации определяется III группа инвалидности. Лицам, страдающим хроническими болезнями роговой оболочки, не поддающимися лечению, может быть определена II группа инвалидности. Наряду с этим II группа инвалидности при болезнях роговой оболочки определяется при стойком снижении остроты зрения до 0,08 вдаль и вблизи в случаях, если коррекция не улучшает зрения. Стойкое снижение остроты зрения до 0,03 с коррекцией при болезнях роговой оболочки является основанием для определения I группы инвалидности.

При экспертизе трудоспособности больных с помутнением роговой оболочки следует учитывать возможности медицинской и профессиональной реабилитации.

В результате успешно проведенной операции кератопротезирования наступает, как правило, значительное улучшение зрения. Однако в отдаленные сроки возможны различные осложнения.

При оценке состояния трудоспособности лиц, перенесших реконструктивные операции глаза, следует учитывать: неясность клинического прогноза, особенно в первые 2 года после реконструктивной операции; возможность снижения остроты зрения в отдаленные сроки; сужение границ поля зрения вследствие экранирования кератопротезом, а иногда и в результате поражения зрительного пути; состояние адаптации к новым условиям восприятия.

Полное прекращение со слухового и осязательного восприятия на зрительное обычно наступает в течение 1—2 лет, как у слепорожденных, так и ослепших в раннем детстве. Поэтому при освидетельствовании во ВТЭК лицам, перенесшим реконструктивную операцию глаза, несмотря на улучшение зрительных функций, в первые 2 года

после вмешательства рекомендуется оставлять группу инвалидности, которая была до операции. Возможно повышение группы инвалидности при ухудшении функций оперированного глаза.

При переосвидетельствовании во ВТЭК через 2 года после реконструктивных операций с благоприятным исходом вопрос о состоянии трудоспособности должен решаться с учетом времени наступления и длительности слепоты.

У слепорожденных и ослепших в раннем детстве при улучшении зрения и удовлетворительной адаптации к новым условиям восприятия I группа инвалидности может быть изменена на II с оставлением инвалида на работе в обществе слепых. Их профориентация должна осуществляться с учетом не только состояния глаза и функции зрения, но и других систем, особенно центральной нервной системы, уровня адаптации и установки инвалида на труд.

В отдельных случаях у лиц с высокими зрительными функциями в программу реабилитации следует включать обучение, в том числе в ПТУ. На период обучения и приобретения профессии сохраняется II группа инвалидности. Впоследствии при возможности рационального трудового устройства инвалида в обычных производственных условиях может быть установлена III группа инвалидности. У поздно ослепших ввиду возможности быстрой реадaptации к обычным условиям жизни следует преимущественно учитывать состояние функции зрения, тяжесть структурных изменений органа зрения и общее состояние здоровья.

В случаях, когда по результатам клинико-экспертного обследования есть основание считать, что свидетельствуемый может работать в обычных производственных условиях, ему следует определять III группу инвалидности. При необходимости переобучения и приобретения новой профессии сохраняется II группа инвалидности.

Независимо от времени, прошедшего после хирургического вмешательства, а также характера предшествующей деятельности всем больным, перенесшим реконструктивную операцию, противопоказана работа, связанная со значительной физической нагрузкой, наклонами туловища, воздействием высоких температур, излучений, токсических веществ, вибрации, а также у движущихся механизмов, в запыленном помещении.

**ВТЭК при болезнях хрусталика.** Среди различных форм катаракт к инвалидности наиболее часто приводят вторичные, сочетающиеся с другими болезнями, травматические, реже — врожденные, старческие.

Вторичные и сочетающиеся с другими болезнями катаракты объединяют большую группу помутнений хрусталика, вызванных общими заболеваниями организма или заболеваниями глаз, а также некоторыми экзогенными факторами. В зависимости от причины выявляются различия в характере и локализации помутнения, скорости созревания, односторонности или двусторонности поражения хрусталика, а также возможности полной или частичной медицинской реабилитации. Указанные катаракты развиваются главным образом у лиц старше 40 лет, имеющих профессию и определенные навыки трудовой деятельности. Все это рекомендуется учитывать при оценке трудоспособности, определении показаний к восстановительному лечению и путей профессиональной реабилитации.

Травматическая катаракта является одним из частых последствий повреждения глаз. Изменения хрусталика при этом разнообразны и зависят в основном от характера повреждения. По те-

чению травматические катаракты могут быть стационарными и прогрессирующими. При некоторых формах повреждений (при контузиях и др.) помутнения хрусталика иногда возникают в поздние сроки, даже через несколько лет после травмы. Это необходимо учитывать при решении вопроса об определении причин инвалидности у данного контингента больных. Травматические изменения хрусталика могут сочетаться с повреждениями других структур глазного яблока, для выявления которых требуется тщательное исследование функций зрения и состояния заднего отдела глазного яблока с использованием данных эхографии и электрофизиологических исследований.

Травмы глаз в большинстве случаев отмечаются у лиц молодого возраста, имеющих небольшой стаж работы. Из-за снижения зрения, даже на один глаз, они часто не могут продолжать работу по специальности. В отношении этих лиц необходимы своевременная рациональная профориентация и профобучение.

Врожденные катаракты весьма разнообразны по своим клиническим проявлениям и часто носят наследственный характер. Состояние трудоспособности, клинический и трудовой прогноз в значительной мере зависят от вида врожденных катаракт. В большинстве случаев встречается слоистая форма врожденных катаракт. Второе место по частоте занимают полные мягкие катаракты, склонные к рассасыванию и образованию пленчатых катаракт.

Реже наблюдаются передняя и задняя полярная, веретенообразная, центральная, пылевидная, розеточная и другие формы врожденных катаракт.

Слоистая, мягкая и пленчатая катаракты приводят к практической слепоте и слабослыдению в раннем детском возрасте, даже в случаях оперативного лечения. Их наличие обычно свидетельствует о врожденном недоразвитии органа зрения, а нередко и центральной нервной системы, что следует принимать во внимание при оценке трудоспособности и определении путей реабилитации.

Течение и скорость созревания старческих катаракт зависят от ее формы: субкапсулярные формы характеризуются более медленным прогрессированием процесса по сравнению с кортикальными. Старческие катаракты обычно сочетаются с другими заболеваниями, которые также необходимо учитывать при оценке трудоспособности и проведении восстановительных мероприятий.

Вопрос о степени утраты трудоспособности лиц, страдающих катарактами, подлежащими хирургическому лечению, целесообразно решать после оперативного вмешательства.

Состояние после хирургического лечения катаракты — афакия — часто является причиной инвалидности. Ограниченно трудоспособными признаются преимущественно лица после экстракции осложненных катаракт, так как хирургическое вмешательство в подобных случаях сопровождается большим числом послеоперационных осложнений. После экстракции врожденных катаракт следует учитывать другие проявления врожденного недоразвития глаза и нарушения центральной нервной системы.

Афакия после экстракции травматических катаракт возникает преимущественно у лиц молодого возраста и бывает обычно одно-сторонней. Тяжесть патологического процесса определяется в подобных случаях видом травмы и степенью повреждения различных отделов глаза. Молодые рабочие с одно-сторонней афакией часто нуждаются в профессиональном обучении.

При экспертизе трудоспособности лиц с афакией после экстракции старческих катаракт следует учитывать нарушения функций различных органов и систем, обусловленные возрастными изменениями.

Наилучшим способом медицинской реабилитации при афакии является интраокулярная или контактная коррекция, а в некоторых случаях — своевременная очковая коррекция.

При профессиональной реабилитации необходимо учитывать, что лицам с любым видом афакии противопоказан физический труд со значительным, постоянным или эпизодическим напряжением; средний физический труд; работа, связанная с вибрацией, вынужденным положением тела, постоянными наклонами туловища, пребыванием на высоте, у движущихся механизмов, а также работа, требующая в процессе выполнения постоянных нистагмоидных движений глаз. Для лиц с любой формой катаракты, которым восстановительное лечение по каким-либо причинам не проводилось, противопоказана работа с воздействием теплового или иных видов излучения, токов высокой частоты, вибрации.

### ВТЭ ПРИ ДИСТРОФИЯХ СЕТЧАТКИ<sup>1</sup>

Дистрофии сетчатки весьма различны по характеру морфологических изменений. Среди них в экспертной практике выделяют 2 группы: 1) хориоретинальные дистрофии, при которых первично поражаются сосуды хориокапиллярного слоя и периферические сосуды сетчатки; 2) тапеторетинальные дистрофии, характеризующиеся первичным поражением нейроэпителлия сетчатки. К этой группе заболеваний относится пигментная дистрофия сетчатки.

Термин «абиодистрофия» при заболеваниях сетчатки подчеркивает их наследственную природу.

Дистрофии сетчатки (макулодистрофии) весьма часто приводят к глубокому нарушению зрения и инвалидности I и II групп. При экспертизе трудоспособности больных с дистрофическими изменениями сетчатой оболочки допускается большое число ошибок. Нередко хориоретинальные формы дистрофии трактуются как воспалительный процесс (туберкулез, токсоплазмоз и др.). В связи с этим возникает необходимость дифференциальной диагностики между хориоретинальными дистрофиями склеротического генеза, абиодистрофиями сетчатки и воспалительными заболеваниями. Кроме того, ошибки при экспертизе трудоспособности лиц с макулодистрофиями сетчатки бывают обусловлены несоответствием между выраженностью морфологических изменений и нарушением зрения при этих заболеваниях.

Для больных с хориоретинальными дистрофиями склеротического генеза характерно длительное сохранение высоких зрительных функций даже при выраженной картине заболевания.

Абиодистрофии сетчатки отличаются значительным нарушением зрительных функций, иногда при слабо выраженных или вовсе не выраженных изменениях в области желтых пятен (функциональные дистрофии).

Для центральных дистрофий сетчатки, развивающихся преимущественно в детском и юношеском возрасте, характерны двусторонность процесса и отчетливо выраженные изменения в области желтых

<sup>1</sup> См. литературу № 31, 32.

пятен обоих глаз. Кроме снижения остроты зрения, у таких больных наблюдаются приобретенная патология цветового зрения, центральные, а чаще парацентральные абсолютные или относительные скотомы, нарушение световой адаптации.

При исследовании белковых фракций крови выявляются изменения, соответствующие дистрофическому процессу (уменьшение содержания альбуминов, увеличение — глобулинов).

В развернутой стадии макулодистрофии появляется новая точка фиксации. Чаще она смещается кверху, кверху-кнутри или кверху-кнаружи, и при этом достигается более высокая острота зрения, чем при смещении точки фиксации книзу и кнаружи. В связи с изменением локализации точки фиксации в большинстве случаев обнаруживается не центральная, а парацентральная скотома. Расположение слепого пятна в подобных случаях зависит от локализации точки фиксации.

В комплекс исследований зрительных функций рекомендуется включать определение состояния фиксации на глазном диске. Смещение точки фиксации книзу или кнаружи всегда свидетельствует о значительном снижении остроты зрения вдаль, при этом она никогда не превышает 0,1.

При одинаковом состоянии зрения экспертное решение может быть различным в зависимости от социальных факторов. В одних случаях больные, выполняющие работу, не предъявляющую высоких требований к состоянию центрального зрения (гардеробщик у шкафов, сторож в помещении и т. д.), даже при снижении зрения до 0,1 и наличии в поле зрения центральных абсолютных скотом размерами 5—6°, могут быть признаны трудоспособными. С другой стороны, больные, профессия которых предъявляет высокие требования к состоянию центрального зрения (педагоги, инженеры, конструкторы, счетные работники, чертежники, станочники, выполняющие точные работы и др.) — при снижении остроты зрения до 0,2, особенно вблизи, при наличии функциональной макулы, признаются ограниченно трудоспособными, так как значительное нарушение центрального зрения препятствует выполнению работ, связанных с напряжением зрения в течение всего рабочего дня.

Больным с макулодистрофиями сетчатки противопоказаны работы, связанные с тяжелым физическим напряжением из-за опасности отслойки сетчатки. В подобных случаях они признаются ограниченно трудоспособными. При невозможности рационального трудового устройства в обычных производственных условиях им определяется II группа инвалидности.

При стойком снижении зрения до 0,03 больным устанавливается I группа инвалидности. Обычно при таком снижении зрения у больных в поле зрения определяется центральная скотома до 15° в наименьшем диаметре измерения.

Пигментная дистрофия сетчатки является одной из форм тапеторетинальных дистрофий. Эта форма заболевания сетчатки, как и макулодистрофия, нередко приводит к глубокому нарушению зрения и тяжелой инвалидности. В одних случаях заболевание быстро приводит к слепоте, особенно в детском возрасте, в других — симптомы болезни обнаруживаются впервые у взрослых. Характерным признаком заболевания является появление кольцевой, иногда не замкнутой скотомы, которая, постепенно расширяясь, приводит к трубчатому полю зрения. По мере прогрессирования заболевания снижаются темновая адаптация и острота зрения. На глазном диске

наблюдаются отложение глыбок пигмента в виде костных телес, восковидная атрофия дисков зрительных нервов, сужение сосудов сетчатки. Атипичные формы характеризуются отсутствием пигмента в начальных стадиях заболевания или односторонним поражением сетчатки.

Следует выделять 3 формы пигментной дистрофии сетчатки: наследственную, врожденную и приобретенную. К наследственной форме относятся поражения, наблюдающиеся у больных, родственники которых страдают пигментной дистрофией сетчатки. Причиной врожденной и приобретенной формы пигментной дистрофии сетчатки могут быть инфекционные заболевания (сифилис, малярия, краснуха, корь, ветряная оспа, свинка, эпидемический энцефалит, полиомиелит, тиф, дифтерия, скарлатина), эндокринные заболевания, а также отравления и лучевое поражение. Соответственно этиологии обе формы заболевания подразделяют на инфекционную, нейрогуморальную, токсическую и от повреждений. Пигментная дистрофия сетчатки иногда сопутствует тяжелым поражениям центральной нервной системы (различным формам эпилепсии, рассеянному склерозу) или сочетается с шизофренией, олигофренией, сенсорно-нервной тугоухостью. Клинический и трудовой прогноз определяется с учетом этиологии, патогенеза заболевания и сопутствующей патологии.

Прогрессирующее течение наблюдается при всех формах заболевания, однако приобретенная форма отличается более медленным развитием. При пигментной дистрофии сетчатки происходят характерные для каждой формы заболевания изменения содержания фракции белков, липо- и глюкoпротeидов сыворотки крови.

Больные с начальной стадией заболевания, у которых наблюдаются кольцевые скотомы, легкая или средняя степень нарушения темновой адаптации, не могут выполнять работу, связанную с пребыванием в темноте или при сумеречном освещении, с вождением транспорта, у движущихся механизмов. В любой стадии заболевания противопоказана работа, связанная с опасностью интоксикации, травматизма, а также на высоте. В дальнейшем, по мере снижения остроты зрения, становится недоступен труд чертежника, швеи и т. п., требующий различения мелких деталей вблизи.

В случаях необходимости перевода больных на другую работу более низкой квалификации или значительного уменьшения объема производственной деятельности в прежней профессии им определяется III группа инвалидности.

II группа инвалидности определяется больным с пигментной дистрофией сетчатки при сужении границ поля зрения до  $20^\circ$  и нарушении световой чувствительности тяжелой степени. При этом острота зрения обычно бывает сниженной до 0,04–0,2 с коррекцией. О низких функциональных возможностях органа зрения у этих больных можно судить и по данным электроокулографии при чтении. Амплитуда переноса взора ЭОГ у них не превышает 160–280 мкВ, скорость чтения резко замедлена. Они читают строку печатного текста длиной 11 см 5,4–8,6 с при норме до 3,5 с. При указанных показателях функционального состояния органа зрения больные не могут выполнять работу в обычных производственных условиях.

Инвалидность I группы следует определять больным при сужении границ поля зрения до  $10^\circ$  на оба глаза, что соответствует тяжелой степени нарушения темновой адаптации.

При экспертизе трудоспособности больных пигментной дистрофией сетчатки необходимо руководствоваться не только результатами

исследования поля и остроты зрения, но и световой чувствительности. Для более детальной оценки характера патологического процесса могут быть использованы электрофизиологические и биохимические методы исследования больных. Кроме того, следует учитывать заключение невропатолога, терапевта, эндокринолога, что позволяет составить более полное представление об этиологии заболевания, определить клинический и трудовой прогноз.

### ВТЭ ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ<sup>1</sup>

Отслойка сетчатки является тяжелым заболеванием глаз, нередко приводящим к полной слепоте. Различают три основных вида отслойки сетчатки: идиопатическую, травматическую и вторичную. Чаще других наблюдается идиопатическая отслойка сетчатки, возникающая у лиц с высокой близорукостью, вследствие образования в ней разрывов на почве дистрофических изменений. В 9—34% случаев идиопатическая отслойка сетчатки возникает на обоих глазах и нередко рецидивирует.

Второе место по частоте занимает травматическая отслойка сетчатки. Она является следствием проникающих ранений или ушибов (контузий) глазного яблока. Реже других наблюдается вторичная отслойка сетчатки, развивающаяся при увеите, периваскулите, туберкулезе, токсоплазмозе, новообразованиях, цистицерке глаза. В 1—5% случаев отслойка сетчатки наблюдается на афакичном глазу.

Значительное повышение остроты зрения после прилегания отслоенной сетчатки отмечается примерно у 60% больных. Ранними симптомами заболевания являются ощущение «пелены» или «затуманивания» пострадавшего глаза, часто после физического напряжения, травмы головы или глаза. Отмечается снижение или выпадение поля зрения в виде скотомы, сектора, квадрата.

Центральное зрение снижается особенно значительно при разрывах в области желтого пятна. Для обнаружения разрыва рекомендуются офтальмоскопия с максимально широким зрачком при ярком свете и электроофтальмоскопия. В случаях помутнения прозрачных сред проводятся эхографическое исследование, диафаноскопия, радиоизотопная диагностика.

Лечение отслойки сетчатки — оперативное. Клинический прогноз неоперированной отслойки неблагоприятен. Лица с полным прилеганием сетчатки после простой диатермокоагуляции или фотокоагуляции без вскрытия глазного яблока признаются временно нетрудоспособными, обычно сроком не свыше 4 мес. Больные, перенесшие склеропластические операции, нуждаются в более продолжительном лечении, иногда до 6 мес.

В дальнейшем, при полном прилегании сетчатки и при отсутствии воспалительных изменений на глазном дне после простой диатермокоагуляции, больные могут быть признаны трудоспособными в профессиях, не связанных с физическим напряжением.

После обширных склеропластических операций, даже при восстановлении зрительных функций, больные признаются ограниченно трудоспособными в течение 1—2 лет в связи с необходимостью уменьшения объема работы и ограничением круга доступных профессий. Однако при рациональном трудоустройстве и при отсутствии ос-

<sup>1</sup> См. литературу № 33.

ложений больные в дальнейшем могут быть признаны трудоспособными.

Лица, перенесшие отслойку сетчатки на единственно видящем глазу, даже при удовлетворительном состоянии зрения после оперативного лечения, в течение 1—2 лет признаются ограниченно трудоспособными.

При остроте зрения, не превышающей 0,1 на обоих глазах, и выраженных дистрофических изменениях сетчатки другого, неоперированного глаза больные являются нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

При экспертизе трудоспособности больных с центральными отслойками надо учитывать возможность рецидива и распространения отслойки на периферические участки глазного дна. В случае безуспешного лечения таких отслоек на лучше видящем или единственно видящем глазу следует рекомендовать работу в особо созданных условиях.

Травматическая отслойка сетчатки в отличие от идиопатической возникает в течение первого месяца после тупых травм или проникающих ранений глаза, а также черепно-мозговых травм. Однако она может возникнуть спустя 10 и более лет. Установление связи отслойки сетчатки с бывшей травмой облегчает тщательный собранный анамнез, подтвержденный документально записями врача, впервые обследовавшего больного, когда последний обращался с жалобами на понижение зрения, «затуманивание» перед глазом и связывал эти жалобы с имевшей место травмой.

Отслойка сетчатки при воспалительных заболеваниях глаз характеризуется рецидивирующим течением, выраженной картиной заднего увеита, положительными специфическими диагностическими тестами (туберкулез, токсоплазмоз) и отсутствием разрывов. При экссудативных отслойках лечение терапевтическое. В тех случаях, когда разрывы возникают на фоне массивной специфической терапии, проводится хирургическое лечение.

Больным, перенесшим отслойку сетчатки, противопоказан труд, связанный с физическим напряжением, вынужденным (наклонное, согнутое, резко разогнутое) положением туловища, командировками и разъездами.

Разрыву сетчатки могут способствовать нистагмические движения глаз, которые весьма значительны у больных с миопией, не пользующихся коррекцией. Чем ближе от глаза рассматриваемый предмет, тем больше выражены нистагмические движения глаз. Поэтому больным миопией, перенесшим отслойку сетчатки, необходимо назначить коррекцию, которая давала бы возможность чтения с расстояния не ближе 20—25 см от глаз.

В сельскохозяйственном производстве лица, перенесшие отслойку сетчатки, могут работать на должности учетчиков, сторожей, кладовщиков (без выгрузки и погрузки тяжелых предметов), библиотекарей, в административно-управленческом аппарате колхозов и совхозов и т. д.

Водители автотранспорта, перенесшие отслойку сетчатки, как правило, не могут продолжать работу по специальности и нуждаются в переводе на должность диспетчера, механика, слесаря, инструментальщика и др., что в ряде случаев сопровождается снижением квалификации.



## ВТЭ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОККЛЮЗИЮ (ОСТРУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ) СОСУДОВ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА<sup>1</sup>

Острые нарушения кровообращения сетчатки и зрительного нерва являются наиболее распространенными среди всех видов сосудистых заболеваний глаз и в 91,2% случаев развиваются на фоне болезни системы кровообращения. Имеются существенные различия в клинике и последствиях тромбоза центральной вены сетчатки (ЦВС) и центральной артерии сетчатки (ЦАС). В основе острого нарушения венозного кровообращения сетчатки лежат локальные изменения сосудистой стенки, общие нарушения гемодинамики и сосудистого тонуса, коагуляционные сдвиги крови. Течение заболевания и его исход определяются рядом факторов, ведущими из которых являются характер и сроки проводимого лечения. Применение фибринолитических и антикоагулянтных средств в первые 3 сут в большинстве случаев, особенно при неполном тромбозе, приводит к восстановлению нарушенного кровообращения сетчатки с нормализацией картины глазного дна и функции пораженного глаза. При позднем начале лечения восстановление нарушенного кровообращения происходит труднее, медленнее и сопровождается развитием вторичных дегенеративных изменений.

Одной из особенностей тромбоза ЦВС является длительность острого периода заболевания. Обратное развитие происходит медленно, иногда в течение года. В этот период больные нуждаются в систематическом непрерывном лечении. При таких тяжелых осложнениях, как застойная дистрофия и кистозная дегенерация макулярной области, острота зрения обычно не превышает 0,05—0,08. В поле зрения определяются центральные относительные скотомы. При пролиферирующем ретините, ретиношизисе острота зрения колеблется от 0 до 0,5—0,6 и зависит от степени расслоения сетчатки и распространенности процесса. В поле зрения наблюдаются относительные скотомы и сегментарные выпадения соответственно месту поражения. Развитие гемофтальма и вторичной геморрагической глаукомы сопровождается резким падением зрения вплоть до слепоты. Дегенеративно-дистрофические изменения сетчатки прогрессируют даже в отдаленном периоде заболевания.

Окклюзия центральной артерии сетчатки и ее ветвей вызывается тромбозом и эмболией. Острота зрения падает быстро и значительно, вплоть до полной слепоты. Через 2—3 нед начинается обратное развитие процесса, к 4—6 нед полностью исчезает отек и появляются вторичные атрофические и дегенеративно-дистрофические изменения глазного дна. Поздний период тромбоза центральной артерии сетчатки характеризуется в основном резким сужением сосудов, вторичной центральной дегенерацией сетчатки и атрофией зрительного нерва. В дальнейшем дегенеративные изменения возникают и по периферии сетчатки. Острота зрения падает до 0,08 и ниже; поле зрения концентрически сужается с образованием центральной абсолютной скотомы величиной 20—30°.

При тромбозе ветвей центральной артерии сетчатки клиническая картина выражена меньше, чем при тромбозе основного ствола. Диск зрительного нерва в случае тромбоза ветвей может сохранять

<sup>1</sup> См. литературу № 34.

розовую окраску. Степень снижения зрения зависит от локализации процесса. Острота зрения может оставаться нормальной, но иногда даже при слабо выраженных изменениях глазного дна снижается до 0,02 и ниже. В поле зрения определяются абсолютные секторальные скотомы, не достигающие до точки фиксации на 2—10° или сливающиеся с абсолютными центральными скототомами.

Острые нарушения кровообращения в зрительном нерве встречаются реже. Они характеризуются быстрым снижением зрения и выпадением обычно нижней половины поля зрения. Острый период заболевания продолжается 4—5 нед. К этому времени исчезает своеобразный ишемический отек диска зрительного нерва, рассасываются экстрavasаты и наступают атрофические и дегенеративные изменения, среди которых основным является частичная или полная атрофия зрительного нерва. В макулярной или парамакулярной области появляется мелкокрапчатая либо очаговая дегенерация; изменяются сосуды сетчатки. Острота зрения после острого нарушения кровообращения зрительного нерва колеблется от практической слепоты до 1,0. Процесс нередко приобретает двусторонний характер. Интервал между поражением одного и другого глаза может быть от нескольких дней до 8 лет.

Оценка трудоспособности больных, перенесших окклюзию сосудов сетчатки и зрительного нерва, должна осуществляться с учетом следующих клинических данных: состояния тканей и зрительного нерва пораженного глаза (по данным офтальмоскопии, биомикроскопии и офтальмо-биомикроскопии); особенностей течения, клинического исхода и прогноза заболевания; осложнений позднего периода венозной или артериальной непроходимости сосудов сетчатки и зрительного нерва; результатов исследования зрительных функций (остроты и поля зрения), внутриглазного давления; клинического состояния и результатов исследования зрительных функций другого глаза; состояния системы кровообращения.

После перенесенной острой непроходимости сосудов сетчатки или зрительного нерва больным противопоказана работа, связанная с физическим напряжением, наклонами туловища, сотрясением, вибрацией, воздействием токсических веществ и лучевой радиации; значительным нервно-психическим напряжением с постоянным оптико-кинетическим нистагмом. Противопоказано вождение всех видов транспорта. При слепоте одного глаза больные не допускаются к работе, связанной с повышенной опасностью глазного травматизма. Необходимо уменьшить нервно-психическое напряжение, учитывая, что в генезе острой сосудистой непроходимости важную роль играет ангиоспастический компонент. Больные по решению ВКК должны быть освобождены от сверхурочных работ, дополнительных нагрузок, командировок, ночных смен и некоторых других видов трудовой деятельности, связанных с нервно-психическим напряжением. Лицам умственного труда целесообразно ограничить объем работы, особенно в первые 2—3 года после перенесенной острой непроходимости сосудов сетчатки и зрительного нерва (педагоги, врачи, счетные, административно-хозяйственные работники и т. д.).

Вместе с тем лица, перенесшие острую непроходимость сосудов сетчатки или зрительного нерва одного глаза, при здоровом другом, а также при отсутствии тяжелых органических изменений системы кровообращения и отмеченных противопоказаний в работе, могут быть признаны трудоспособными. Однако в тех случаях, когда имеются противопоказания для продолжения работы по специальности,

а перевод на другую работу сопровождается уменьшением объема производственной деятельности или снижением квалификации, больному определяется III группа инвалидности.

II группа инвалидности определяется лицам, перенесшим острую двустороннюю сосудистую непроходимость сетчатки или зрительного нерва, в результате которой острота зрения не превышает 0,08 или с более высокой остротой зрения, но при наличии центральных и парацентральных скотом.

Нетрудоспособными признаются больные, перенесшие тромбоз ЦВС, осложнившийся в позднем периоде дегенеративными изменениями венозной стенки с рецидивирующими кровоизлияниями в сетчатку. В ряде случаев к полной и длительной утрате трудоспособности лиц, перенесших острую сосудистую непроходимость сетчатки или зрительного нерва, приводят выраженные нарушения системы кровообращения.

В особо тяжелых случаях сосудистой патологии, вследствие которой наступило снижение остроты зрения до 0,03 на лучше видящем глазу, либо при более высокой остроте зрения, но значительном сужении границ поля зрения, препятствующем свободной ориентировке в пространстве, определяется I группа инвалидности. Однако, несмотря на тяжелый характер патологии, эти лица иногда могут выполнять отдельные виды работ в специально созданных условиях производства или на дому.

I группа инвалидности определяется также больным, у которых сосудистое поражение глаз сочетается с тяжелым нарушением системы кровообращения, обуславливающим необходимость в постоянном постороннем уходе.

Учитывая, что лечение не всегда может предупредить частичную или полную утрату зрения у лиц с болезнями системы кровообращения, особое значение приобретает рациональное трудоустройство на предприятии, где ранее работал больной, с учетом его знаний, навыков, опыта и квалификации.

В некоторых случаях профессиональная реабилитация лиц молодого возраста (до 40 лет) может быть осуществлена путем приобретения ими новой профессии: декоратора, садовода, техника-технолога и др., в профтехшколах МСО РСФСР.

Большое значение для профессиональной реабилитации больных имеют трудовые рекомендации, в которых, наряду с перечислением противопоказанных видов и условий труда, определены допустимые и возможные виды работ. Необходимо осуществлять систематический контроль за правильностью трудового устройства этого контингента инвалидов.

## ВТЭ ПРИ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ<sup>1</sup>

Атрофия зрительных нервов может возникнуть в результате отека, воспаления, дегенерации, сдавления или повреждения. Среди этиологических факторов атрофии зрительных нервов первое место занимают заболевания центральной нервной системы: опухоли и абсцессы головного мозга, сифилис, рассеянный склероз, арахноидит, реже менингит, энцефалит и другие заболевания. Атрофия зрительных нервов иногда наблюдается после черепно-мозговой травмы, острых инфекционных заболеваний, при гипертонической болезни и атероскле-

<sup>1</sup> См. литературу № 35-36.

розе. Она может развиваться в результате отравления метиловым спиртом, алкоголем и другими токсическими веществами или кровотечения.

Атрофия зрительных нервов диагностируется на основании соответствующих изменений глазного дна и нарушений зрительных функций. При атрофии всегда отмечаются побледнение диска зрительного нерва, сужение границ поля зрения и снижение остроты зрения. К непостоянным симптомам относятся сужение сосудов сетчатки, уменьшение количества сосудов, проходящих через край диска, нарушение цветоощущения и других зрительных функций.

Тяжесть атрофии определяется не только офтальмоскопической картиной и степенью нарушения зрительных функций в момент исследования, но и тем, является ли процесс стабильным, законченным или он находится в стадии прогрессирования. Поэтому при освидетельствовании больных с атрофией зрительных нервов необходимо учитывать данные динамического наблюдения, отражающие характер изменений периферических границ поля зрения и остроты зрения.

Состояние диска зрительных нервов, изменения на глазном дне и другие симптомы зависят от этиологии атрофии. Этиология заболевания в значительной мере определяет тяжесть патологии, клинический и трудовой прогноз.

Клинический диагноз при атрофии зрительных нервов должен отражать этиологию заболевания, форму клинического течения (прогрессирующая или стабильная, непрогрессирующая), локализацию поражения (зрительные нервы, хиазма, зрительный тракт), состояние функций зрения.

При стабильной, непрогрессирующей форме атрофии зрительных нервов, возникшей в результате отравления, кровотечения и других (иногда неизвестных) причин, больным, в частности, противопоказана работа, связанная с опасностью интоксикации, особенно нейротропными ядами. Перевод больного на другую, непротивопоказанную работу, сопровождающийся снижением квалификации, служит основанием для определения III группы инвалидности.

При прогрессирующих формах атрофии зрительных нервов снижение остроты зрения до 0,2 приводит к потере трудоспособности в обычных производственных условиях. Такое снижение зрения вследствие атрофии зрительных нервов сопровождается сужением границ поля зрения, нередко центральными скотомами, нарушением цветового зрения тяжелой степени.

I группа инвалидности устанавливается больным при снижении остроты зрения ниже 0,04, а также при более высокой остроте зрения с учетом тяжести общего состояния больного или при сужении границ поля зрения, препятствующем свободной ориентировке в пространстве.

Большое значение для предупреждения глубоких нарушений зрения имеют раннее выявление заболеваний, приводящих к атрофии зрительных нервов, и диспансерное наблюдение.

## **ВТЭ ПРИ ОПТИКО-ХИАЗМАЛЬНОМ ЛЕПТОМЕНИНГИТЕ<sup>1</sup>**

При оптико-хиазмальном лептоменингите наибольшие морфологические изменения обнаруживаются в области хиазмы. Частыми

<sup>1</sup> См. литературу № 37.

причинами заболевания являются острые и хронические заболевания (грипп, ангина, туберкулез, сифилис, ревматизм, бруцеллез, паразитарные и вирусные заболевания). Способствуют его развитию такие процессы, как синусит, отит, назофарингит и т. д.

Травма черепа, особенно осложнившаяся субарахноидальным кровоизлиянием, может явиться причиной развития травматического оптико-хиазмального лептоменингита. Симптомы болезни могут появиться непосредственно после травмы, а иногда спустя несколько месяцев и даже лет, что необходимо учитывать в практике врачебно-трудовой экспертизы, в частности при определении причины инвалидности.

Оптико-хиазмальный лептоменингит может возникнуть в любом возрасте, но чаще в 20—40 лет (около 60 % больных), и нередко является причиной тяжелой инвалидности. В патогенезе заболевания имеют значение инфекционно-токсическое воздействие, спайки, расстройства кровообращения и нарушения ликвородинамики.

Клиническая картина оптико-хиазмального лептоменингита полиморфна и складывается из следующих офтальмологических симптомов: изменения границ поля зрения, снижения остроты зрения и изменений на глазном дне. Для оптико-хиазмального лептоменингита характерна асимметрия дефектов поля зрения, в 70 % случаев наблюдаются скотомы. В большинстве случаев острота зрения падает медленно и неравномерно. Вместе с тем иногда наблюдаются случаи быстрого понижения зрения. На глазном дне чаще всего встречаются первичная атрофия зрительных нервов, реже — вторичная, совсем редко — застойные диски, и в начальных стадиях заболевания глазное дно может длительное время оставаться нормальным. Правильной диагностике заболевания помогают тщательно собранный анамнез, подробное исследование функций зрения и центральной нервной системы.

Состояние трудоспособности при оптико-хиазмальном лептоменингите определяется характером клинических нарушений, степенью их выраженности, особенностями течения заболевания, условиями и характером труда. В острой и подострой стадиях заболевания больные признаются временно нетрудоспособными. Длительность временной нетрудоспособности зависит от течения заболевания. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе спустя 4 мес от начала заболевания можно продлить временную нетрудоспособность с предоставлением ограничений в труде в дальнейшем по справке ВКК.

Если заболевание принимает затяжной характер и переходит в хроническую стадию, больные признаются ограниченно трудоспособными, а при значительном снижении зрения, препятствующем выполнению труда в обычных производственных условиях, — инвалидами II группы.

Больным с оптико-хиазмальным лептоменингитом противопоказаны работы со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, с токсическими веществами, в неблагоприятных метеорологических условиях, при повышенной радиации, а в ряде случаев также на транспорте, на высоте, у движущихся механизмов (при наличии пароксизмальных состояний, в частности эпилептических припадков или отсутствии бинокулярного зрения). При значительном снижении зрения больным могут стать недоступны такие работы, как часовщик, корректор, ювелир, гравер, чеканщик, слесарь-сборщик мелких деталей, а также художник, вышивальщица и т. д. Больным с оптико-

хиазмальным лептоменингитом в стадии ремиссии, выполняющим труд в производственных условиях, устанавливается III группа инвалидности, и лицам молодого возраста рекомендуется приобрести новую профессию.

При оптико-хиазмальном лептоменингите, в случае полной или практической слепоты на один глаз (до 0,02) и достаточно хороших функциях на другом, при умеренно выраженных нарушениях центральной нервной системы в результате травмы, полученной на производстве или при выполнении обязанностей военной службы определяется III группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования.

При оценке состояния трудоспособности больных следует учитывать не только выраженность нарушения зрения, но и степень ликвородинамических нарушений, наличие гипоталамических расстройств, частоту пароксизмальных состояний, степень выраженности психопатологических нарушений.

Основанием для определения I группы инвалидности является стойкое снижение зрения до 0,03 и ниже на оба глаза или лучший видящий глаз с коррекцией. Если возникли стойкие и необратимые нарушения зрения, при повторном освидетельствовании во ВТЭК группа инвалидности должна быть установлена без указания срока переосвидетельствования.

## ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОГО УСТРОЙСТВА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ<sup>1</sup>

Работа, не противопоказанная по состоянию здоровья, приобщающая инвалида к общественно полезному труду, способствует развитию компенсации нарушенных функций, частичному или полному восстановлению его трудоспособности и социального статуса.

Основой рационального трудоустройства инвалида является трудовая рекомендация ВТЭК. Главные принципы трудовых рекомендаций ВТЭК при заболеваниях глаз соответствуют следующим положениям:

1. Снижение квалификации и уменьшение объема работы можно рекомендовать только при абсолютных медицинских или производственных противопоказаниях, которые устанавливаются с учетом этиологии, патогенеза, клинической картины заболевания, состояния зрения и других систем организма, особенно участвующих в компенсации нарушенного зрения, путем сооставления состояния организма больного с требованиями, предъявляемыми его профессией.

2. Характер рекомендуемых ограничений в труде должен соответствовать тяжести патологического процесса и выраженности нарушенных функций зрения, а также состоянию органов и систем, участвующих в компенсации нарушенного зрения, в первую очередь центральной нервной системы и органа слуха.

3. Рекомендую выбор профессии или вида труда, следует учитывать трудовые возможности инвалида, свойства его личности, желания, стремления, навыки, опыт, а также состояние здоровья и абсолютные противопоказания для выполнения трудовой деятельности.

<sup>1</sup> См. литературу № 38—51.

4. Рекомендации ВТЭК, ограничения в трудовой деятельности должны вытекать из санитарно-гигиенической характеристики профессии инвалида.

5. Инвалидам III группы надо рекомендовать широкий круг работ в квалифицированных профессиях, а инвалидам II и I группы «по зрению» не пренятствовать в трудоустройстве на предприятиях и учреждениях при специально созданных условиях.

При заболеваниях глаз инвалиды III группы составляют примерно 60%. В зависимости от характера глазной патологии, состояния зрения, клинического и трудового прогноза, возможностей восстановительных мероприятий среди контингента инвалидов III группы выделяют три категории:

— к I категории относятся лица с двусторонней прогрессирующей, преимущественно необратимой, патологией, приведшей к стойкому слабозрению, у которых невозможно восстановить зрительные функции современными методами лечения. Острота зрения лучшего глаза у этих больных варьирует от 0,09 до 0,2, худшего — от 0 до 0,1 (с коррекцией). Среди инвалидов III группы эта категория лиц составляет в среднем 31%;

— ко II категории относятся лица с различными заболеваниями органа зрения, характеризующимися прогрессированием патологического процесса, но с относительно высокими зрительными функциями. Острота зрения лучше видящего глаза у них находится в пределах от 0,25 до 0,4, худшего — с более выраженными изменениями органа зрения — от 0 до 0,4. Эта категория составляет около 20% инвалидов III группы;

— к III категории, наиболее многочисленной, составляющей около 49%, относятся инвалиды, у которых заболевание или дефект органа зрения имеет преимущественно стационарный характер, зрительные функции относительно стабильны.

Острота зрения лучше видящего глаза — 0,5—1,0; другого — в пределах от 0 до 0,4.

Наиболее серьезные недостатки отмечаются в настоящее время в трудоустройстве лиц I категории. Лица, отнесенные к III категории, имеют широкие возможности обучения, переобучения и рационального трудового устройства. Активные меры по медицинской и профессиональной реабилитации могут обеспечить полное восстановление трудоспособности инвалидов данной категории. В ряде случаев лица, у которых снижение зрения на один глаз произошло внезапно, не могут длительное время выполнять работу, требующую высокой точности, в полном объеме. В связи с этим они признаются в течение 1 года, реже — 2 лет, ограниченно трудоспособными. Далее при отсутствии абсолютных медицинских или производственных противопоказаний они полностью восстанавливают трудоспособность. Как было указано, с целью получения новой равноценной или более высокой по квалификации профессии инвалидам может быть рекомендовано обучение в техникуме, в школе мастеров на заводе, в профтехшколе и обучение методом индивидуального ученичества.

Инвалиды III группы с непрогрессирующими заболеваниями глаз при остроте зрения не ниже 0,2 могут направляться в техникумы-интернаты органов социального обеспечения по следующим специальностям: агроном, зоотехник, птицевод, клубный работник, баянист-исполнитель. При остроте зрения от 0,09 до 0,2 возможно обучение лишь по 4 из указанных специальностей: агроном, зоотехник, птицевод и баянист-исполнитель.

В профессионально-технические училища-интернаты органов социального обеспечения принимаются инвалиды III группы при остроте зрения не ниже 0,2 с заболеваниями роговицы, хрусталика (кроме подвывиха хрусталика) по специальности плодоовощевод, садовод-декоратор или при остроте зрения от 0,09 до 0,2 по специальности плодоовощевод, садовод.

Инвалиды с прогрессирующими заболеваниями глаз, неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом могут быть по направлению ВТЭК трудоустроены на учебно-производственных предприятиях общества слепых. При трудовом устройстве этим лицам предоставляется работа, предусмотренная технологическим процессом для инвалидов II группы.

Трудовому устройству на УПП ВОС подлежат инвалиды III группы, не рационально трудоустроенные или не работающие и не имеющие специальности, с тяжелой прогрессирующей патологией, неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом, снижением центрального зрения до 0,1 (в отдельных случаях до 0,2), а также при сужении границ поля зрения до 35° или секторальным его выпадением до 10 на лучше видящем или единственно видящем глазу.

Трудоустройству на УПП ВОС подлежат также лица, окончившие школу слабовидящих со снижением зрения до 0,1 или до 0,2 при прогрессирующих заболеваниях и неблагоприятном прогнозе. Показанные и противопоказанные условия труда для инвалидов III группы при направлении на работу в УПП ВОС определяются в соответствии со Справочной таблицей для определения трудовых рекомендаций ВТЭК и трудового устройства инвалидов вследствие патологии органа зрения. По Справочной таблице даются рекомендации ВТЭК также инвалидам II и I групп. В трудовой рекомендации, кроме противопоказаний, должны быть указаны категория (I - VIII), включающая заболевания, сходные по клиническим проявлениям, и допустимая зрительная нагрузка.

Законодательными документами предусмотрена возможность организации спеццехов и участков для инвалидов на предприятиях государственной промышленности. Обязанность создания спеццехов на предприятиях для трудового устройства инвалидов возложена на органы управления промышленностью, руководителей предприятий (организаций и учреждений) постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС от 11/III 1963 г. № 299/СП РСФСР, 1963, № 6/. Глазные ВТЭК выявляют количество и контингент больных, нуждающихся в рациональном трудовом устройстве. Совместно с сотрудниками отдела социального обеспечения они определяют список предприятий (учреждений), а также перечень профессий и должностей, на которые в первую очередь следует трудоустроить инвалидов III группы.

В методических материалах по врачебно-трудовой экспертизе и организации труда инвалидов подробно излагаются вопросы об условиях труда, которые необходимо создавать в спеццехах, где работают инвалиды; профессии и специальности, которые целесообразно рекомендовать инвалидам с заболеваниями глаз; даются физиологические обоснования некоторых проблем обучения и трудового устройства слепых и слабовидящих. Основные положения этих методических рекомендаций следующие:

1. В процессе подготовки слепых и практически слепых, а также слабовидящих к трудовой деятельности необходимо воспитывать у них



правильное отношение к своему дефекту, стремление преодолевать трудности, связанные с ним, для того, чтобы участвовать в коммунистическом строительстве вместе со всеми трудящимися.

2. В процессе обучения и подготовки слепых к трудовой деятельности необходимо применять все возможные меры для сохранения у них слуха и осязания, а у тех, кто имеет хотя бы остаточное зрение, — осуществлять его охрану.

3. В спеццехах, где работают инвалиды с глубоким нарушением зрения, необходимо создавать оптимальные условия для их трудовой деятельности. Самыми благоприятными по своей гигиенической и психофизиологической характеристике являются работы в слесарно-сборочных и картонажных предприятиях.

Наиболее утомляющим фактором при выполнении слесарно-сборочных работ может быть недостаточное в количественном и качественном отношении освещение. В связи с этим рекомендуются следующие пути улучшения осветительных условий в цехах, где работают слабовидящие:

1) создавать стабильный и достаточный уровень освещенности рабочих мест с учетом контингента работающих;

2) обеспечить равномерное распределение света в помещении и на рабочем месте с устранением прямой и отраженной блескости;

3) в целях улучшения качества искусственного освещения в слесарно-сборочных цехах целесообразно устанавливать люминесцентное освещение.

Для обеспечения максимально благоприятных условий следует рекомендовать подбор слесарно-сборочных операций по степени их сложности с учетом состояния здоровья каждого инвалида.

В картонажных цехах можно создать условия, способствующие не только сохранению зрения, но также слуха и осязания, и вместе с тем, обеспечить оптимальные условия зрительной работы. Наиболее пригодны для инвалидов с заболеваниями глаз по своей технологической и психологической характеристике картонажно-сборочные работы, далее — работы по склеиванию картонажных изделий; наименее приемлемыми по ряду признаков являются операции по сшиванию коробок, а также разметка, разрезание, раскрой бумаги и картона. Оптимальные условия освещенности в картонажных цехах создаются так же, как и в слесарно-сборочных. Для слабовидящих следует обеспечить не только достаточное количество света, но и надлежащее его качество (равномерность, отсутствие прямой и отраженной блескости).

Разница коэффициента отражения рабочей поверхности и изделия должна быть не менее 1 : 3. При окраске помещений производственных цехов необходимо обращать внимание на коэффициент отражения поверхностей в рабочих помещениях.

Для создания благоприятных условий работы в картонажных цехах рекомендуются зрительные и осязательные ориентиры при работе на станках для склеивания коробок, уменьшение влияния вибрации при работе на бумагорезальных станках, ослабление влияния монотонности при выполнении гибочно-вырубных операций, обеспечение клейщиков пальчиками для устранения травм кожи рук, применение звуковой сигнализации при включении и выключении станков.

По своей технологической и психофизической характеристике труд штамповщика также вполне допустим для лиц с глубоким нарушением зрения, вместе с тем он относится к категории более

тяжелых видов труда по сравнению с трудом слесаря-сборщика или картонажника и требует более тщательного профотбора.

Неблагоприятное влияние на орган зрения и общее состояние здоровья работающих оказывают воздействие шума и монотонность работы, поэтому в целях улучшения условий труда инвалидов, выполняющих труд в штамповочных цехах, рекомендуется:

— снижение интенсивности шума непосредственно у источников его возникновения;

— создание звукоизолирующих и звукопоглощающих преград;

— обеспечение работающих средствами индивидуальной защиты от шума;

— организация работы, обеспечивающая 4—5 перерывов продолжительностью 5—10 мин, в течение которых работающие не должны подвергаться воздействию шума;

— использование ртутных ламп, имеющих достаточно большую мощность для создания надлежащего уровня освещенности;

— автоматическое регулирование уровня освещенности на рабочих местах.

Для уменьшения неравномерности освещенности, что возможно при наличии больших окон в штамповочных цехах, необходимо путем регулирования положения штор предотвратить попадание прямых солнечных лучей на рабочее место. Шторы в штамповочных, как и в других цехах не должны снижать освещенности. Их следует изготавливать из белой, гладкой, тонкой ткани.

Инвалиды «по зрению» успешно осваивают и различные операции по изготовлению изделий из пластмасс. Вместе с тем выполнение многих прессовочных операций требует значительного нервно-психического и физического напряжения. Наибольшее напряжение требуется при работе на прессах нижнего давления. Менее напряженной является работа на литьевых машинах и прессах верхнего давления; наименьшего напряжения требует работа по отделке изделий. Работа на прессах и литьевых машинах сопряжена с повышенным воздействием тепла и высокочастотного шума, присутствием в воздухе производственных помещений токсических веществ в виде пыли пресспорошков и газов. Для защиты работающих от вредных химических веществ необходима эффективная общеобменная вентиляция. На станках, где работа связана с выделением вредных химических веществ, должны быть укрытия с эффективной местной вентиляцией. Рабочие этих цехов должны обеспечиваться душем, гардеробом для чистого белья и спецодежды. Необходимо мытьевальники с теплой водой; для рук следует применять защитные пасты.

Требования к освещенности в прессовочных цехах аналогичны таковым в других цехах для инвалидов «по зрению».

Учитывая, что при выполнении ряда работ в спеццехах имеет место воздействие на организм неблагоприятных факторов, на ВТЭК должны освидетельствовать всех инвалидов I, II, III групп, впервые направляемых в УПП ВОС и работающих там, с целью уточнения ранее вынесенных им трудовых рекомендаций и определения необходимых условий производственной деятельности, прежде всего в соответствии со Справочной таблицей для определения трудовых рекомендаций. Требования к органу зрения при различных видах труда в обычных производственных условиях (перечень профессий и противопоказания для их выполнения) были разработаны в ДИВЭТИНе и опубликованы в виде Методических рекомендаций для врачей ВТЭК и ВКК.

Кроме того, имеются рекомендации по оптимизации зрительной работы слабовидящих с высокой близорукостью, заболеванием роговицы и хрусталика.

## ЛЬГОТЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ<sup>1</sup>

Наиболее представительной общественной организацией слепых является Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых (ВОС), которое действует на основании Положения<sup>1</sup> и Устава<sup>2</sup>, утвержденного приказом министра соцобеспечения РСФСР от 31 декабря 1975 г. № 135.

Согласно Уставу Всероссийского общества слепых, членами ВОС могут быть граждане СССР, достигшие 14-летнего возраста, если они являются инвалидами I и II групп по зрению или признаны органами здравоохранения практически слепыми в случаях, когда они не подлежат освидетельствованию во ВТЭК. Документом для предоставления льгот, установленных для слепых, является только Справка ВТЭК об инвалидности I или II группы с отметкой «инвалид по зрению».

В том случае, если при очередном переосвидетельствовании ВТЭК признает свидетелеваемого инвалидом III группы или, оставив прежнюю группу инвалидности (I или II), не укажет в Справке ВТЭК «инвалид по зрению», он подлежит снятию с учета первичной организации ВОС. Вместе с тем по решению бюро первичной организации ВОС данное лицо может быть оставлено в членах ВОС, но на правах зрячего.

Слепые члены общества (инвалиды I и II групп по зрению) имеют право на всестороннее содействие со стороны организаций общества: в трудовом устройстве и производственно-профессиональном обучении; в получении образования; в получении медицинской помощи; в улучшении бытовых условий и в случае необходимости в получении материальной помощи.

Основным каналом трудового устройства слепых, признанных инвалидами по зрению, являются УПП общества слепых, где они получают производственно-профессиональное обучение. Вместе с тем общества слепых содействуют инвалидам в получении высшего и среднего образования и дальнейшем трудовом устройстве.

Приказом Министерства здравоохранения СССР и Министерства высшего и среднего специального образования СССР (№ 153/108 от 26 марта 1964 г.)<sup>3</sup> разрешено осуществлять подготовку слепых в высших учебных заведениях по следующим специальностям:

а) в университетах: русский язык и литература, славянские языки и литература, романо-германские языки и литература, история, политическая экономия, философия, психология, литературная работа, математика, право, правоведение;

б) в педагогических вузах и институтах культуры: русский язык и литература, родной язык и литература, история, иностранные языки (английский, французский, немецкий), математика, педагогика и психология, дефектология, культурно-воспитательная работа;

<sup>1</sup> Положение Всероссийского общества слепых. М., 1968.

<sup>2</sup> Устав Всероссийского ордена Трудового Красного Знамени общества слепых. М., 1976.

<sup>3</sup> Бюллетень М-ва высшего и среднего специального образования СССР 1964, № 4.

в) в учительских институтах: русский язык и литература, родной язык и литература, история.

В области искусства подготовка слепых ведется по классу: фортепиано (орган), оркестровые инструменты, народные инструменты.

Слепые, обучающиеся в высших и средних специальных учебных заведениях, обеспечиваются стипендией на 50% выше общеустановленных норм. После окончания высших или средних учебных заведений они направляются на работу по месту жительства семьи.

Молодым специалистам в течение первого года их работы местным правлением ВОС выплачивается субсидия на секретаря-чтеца в размере 30 р. в месяц при условии, если молодой специалист приступил к работе по полученной специальности. Незрячим, поступившим в аспирантуру, субсидия выплачивается на секретаря-чтеца в размере 30 р. в месяц и также соискателям ученой степени, которые полностью сдали кандидатский минимум и выполняют установленный план работы, на период подготовки диссертации, но не более 3 лет.

Учащиеся и лица умственного труда, являющиеся инвалидами по зрению, имеют ряд других преимуществ, обусловленных различными постановлениями, утвержденными ЦП ВОС или организациями других республик.

Таким образом, ВОС всемерно содействует получению среднего и высшего образования незрячими.

Детям-инвалидам и инвалидам I и II групп по достижении 16 лет назначается пособие, если они не имеют права на пенсию<sup>1</sup>. Инвалидам I группы по зрению пенсия по старости назначается: мужчинам — по достижении 50 лет при стаже работы не менее 15 лет, а женщинам — по достижении 40 лет при стаже работы не менее 10 лет (Закон о государственных пенсиях принят V сессией Верховного Совета СССР 4-го созыва 14 июля 1956 г.<sup>2</sup> — и Положение о порядке назначения и выплаты государственных пенсий — утверждено постановлением Совета Министров СССР от 3 августа 1972 г. № 590)<sup>3</sup>. Правом льготных условий назначения пенсии по старости пользуются лишь те рабочие и служащие, которые признаны инвалидами I группы по зрению (т. е. слепые и практически слепые, а не юридически к ним приравненные инвалиды II группы).

Таким образом, все слепые по достижении совершеннолетия получают либо пенсию, либо пособие.

Для работающих инвалидов по зрению законодательством предусмотрено ряд льгот; их трудовое устройство осуществляется только в соответствии с рекомендациями ВТЭК.

Тем инвалидам по зрению, кто работает на предприятиях общества слепых, установлена сокращенная (36-часовая) рабочая неделя. При этом они получают заработок как за полную (41-часовую) рабочую неделю; инвалидам, работающим в учреждениях (организациях), сокращенный рабочий день может быть предоставлен на общих основаниях с вычетом зарплат за недоработанное время. Кроме того, они имеют право на ежегодный отпуск продолжительностью 24 рабочих дня (об установлении для инвалидов-слепых, работающих в государственных предприятиях, 6-часового рабочего дня и ежегодного отпуска продолжительностью 24 рабочих дня — приказ МСО РСФСР от 25 ян-

<sup>1</sup> СП СССР, 1979, № 14, ст. 89.

<sup>2</sup> Ведомости Верховного Совета СССР, 1956, № 15, с. 313; 1975, № 1, ст. 3.

<sup>3</sup> СП СССР, 1972, № 17, с. 86; 1973, № 25, с. 143.

варя 1955 г. № 13)<sup>1</sup>. Слепые массажисты, работающие в лечебных учреждениях, имеют еще дополнительно отпуск на 12 рабочих дней, однако продолжительность их рабочего дня соответствует таковой у зрячих массажистов (о продолжительности ежегодного отпуска для инвалидов-слепых, работающих в лечебных учреждениях Министерства здравоохранения СССР — Письмо ЦП ВОС от 11 августа 1954 г. № 1-21)<sup>2</sup>.

Инвалиды-слепые освобождены от подоходного налога с заработка, получаемого на предприятиях (в учреждениях, организациях).

Кроме указанных выше основных льгот, они имеют и другие, касающиеся обучения, трудоустройства, льгот по проезду, санаторно-курортному лечению, медицинскому обеспечению, жилищные льготы, льготы по налогам и сборам, предусмотренные законодательными актами, которые обобщены и изложены в специальном пособии<sup>3</sup>.

Многие специальные льготы предусмотрены для инвалидов Отечественной войны (стр. 547).

---

<sup>1</sup> Трудоустройство инвалидов в СССР. М., 1963, с. 198.

<sup>2</sup> Там же, с. 199.

<sup>3</sup> Льготы для слепых. Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых. М., 1978.

## ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЯХ И ОТРАВЛЕНИЯХ<sup>1</sup>

Особенности врачебно-трудовой экспертизы при профессиональных болезнях. Одной из особенностей врачебно-трудовой экспертизы при профессиональных болезнях и отравлениях является специфичность их диагностики. Для установления связи заболевания с условиями профессионального труда необходимы квалифицированные заключения профпатологов и гигиенистов труда об условиях работы больного, которые могли вызвать развитие патологического процесса. Другая особенность заключается в том, что благодаря техническому прогрессу, организации широких мероприятий по охране труда и улучшению условий работы, почти полностью исчезли формы профзаболеваний и отравлений с классической клинической симптоматологией. Врачам-экспертам чаще всего приходится сталкиваться с начальными, функциональными стадиями этих заболеваний. Трудности диагностики требуют от врачей лечебной сети и врачей-экспертов специальной подготовки по вопросам ранней диагностики профессиональной патологии, а также постоянной связи со специализированными учреждениями профпатологической службы. Третья особенность экспертизы трудоспособности при профессиональной патологии состоит в том, что врачам-экспертам приходится в ряде случаев решать вопрос о том, может и должен ли свидетельствуемый выполнять прежнюю работу. В частности, весьма незначительные патологические изменения, которые не служат ограничением для трудовой деятельности в широком круге профессий, в условиях профессиональной патологии исключают нередко возможность продолжения свидетельствуемым прежней работы и диктуют необходимость определения группы инвалидности на период рационального трудоустройства или переквалификации.

В этом отчетливо проявляется профилактическая направленность экспертизы трудоспособности при профессиональных болезнях и отравлениях.

Изданный в 1969 г. за № 400 приказ министра здравоохранения СССР «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся» посвящен профилактике профессиональных болезней, их ранней диагностике, а также профессиональному отбору и рациональному трудоустройству рабочих.

Профессиональные болезни являются одним из наиболее ярких проявлений единства и взаимодействия организма с окружающей внешней средой. Они встречаются у лиц, работающих в контакте с определенными профессиональными вредностями, и развиваются у них во много раз чаще, чем при иных условиях производства.

В отдельных случаях действие таких факторов выступает настолько отчетливо, что сообщает профессиональный характер заболеванию.

<sup>1</sup> См. литературу № 1—4.

Примерами могут служить кессонная болезнь, пневмокониоз, вибрационная болезнь и др.

В иных случаях самостоятельное действие производственного фактора носит менее выраженный характер, и развитие заболевания обуславливается его взаимодействием с другими причинами. Примерами могут служить инфекционные и паразитарные болезни, варикозное расширение вен и др. Их профессиональный характер определяется в подобных случаях не особенностями развившейся патологии, а специфичностью этиологических факторов для конкретных производственных условий.

При определении профессионального генеза заболевания и соответствующей причины инвалидности следует пользоваться действующим Списком профессиональных заболеваний и Инструкцией по применению Списка профессиональных заболеваний, имея в виду, что перечень профессий в Списке носит только примерный, ориентировочный характер.

При экспертизе трудоспособности следует руководствоваться положением, что профессиональное заболевание может развиваться спустя длительный срок после оставления больным соответствующего производства. Депопированные яды в подобных случаях под влиянием различных причин (болезнь, алкоголь, травмы) поступают в кровь и вызывают заболевание, нередко приводящее к инвалидности.

Профессиональным считается заболевание и в тех случаях, когда у больного диагностируется не развернутая его форма, а прямые последствия и различные осложнения.

В экспертизе трудоспособности при профессиональных болезнях серьезной оценки требуют также различные заболевания непрофессиональной этиологии, поскольку они могут обусловить понижение сопротивляемости организма к действию профессиональных вредных агентов. Если профессиональное заболевание, указанное в Списке, вызывает резкое ухудшение течения какого-либо другого заболевания, не являющегося профессиональным, то причиной потери трудоспособности больного должно считаться «профессиональное заболевание» (п. 7 Инструкции).

Определение показаний к переводу рабочего из вредных условий производства на другую работу, не связанную с воздействием токсических факторов, играет особую роль в экспертизе трудоспособности при профессиональных болезнях. Известно, например, что у рабочих меховых фабрик под влиянием урсолола может возникнуть хронический обструктивный бронхит и впоследствии бронхиальная астма. При появлении первых симптомов хронического обструктивного бронхита с редкими и маловыраженными приступами бронхиальной астмы необходим перевод работающего на другую работу, не требующую контакта с производственными аллергенами.

Аналогично решается вопрос о трудоспособности лиц, в процессе работы соприкасающихся с бензолом, если у них при динамическом обследовании выявляются признаки отравления.

Распознавание хронических профессиональных заболеваний на ранних стадиях и своевременное прекращение контакта с соответствующими агентами ведет к обратному развитию патологического процесса и сохранению трудоспособности. Этим целям, в частности, служат обязательные периодические осмотры рабочих. Систематически проводимые осмотры дают представление о соответствии состояния здоровья отдельных лиц объему и форме трудовых операций и, следовательно, о трудоспособности. На основе фактов, полученных при

периодических медицинских осмотрах, может быть решен вопрос об оставлении рабочего в прежней профессии и условиях труда или переводе его на другую работу<sup>1</sup>.

Важно подчеркнуть, что некоторые профессиональные заболевания встречаются только в острой форме клинического течения, другие с самого начала развиваются как первично-хронические и в острой форме не встречаются. В большинстве случаев профессиональные заболевания могут протекать как в острой, так и в хронической форме.

В экспертизе трудоспособности лиц, страдающих хроническими профессиональными болезнями, следует учитывать особенности клинического течения и динамику заболевания.

Во-первых, — рецидивирующий характер течения некоторых заболеваний с периодами обострений и ремиссий. Периодические обострения могут быть обусловлены не только прямым воздействием специфического этиологического фактора, но и других, неспецифических, факторов. Например, у больного хроническим бронхитом, развившимся вследствие вдыхания паров хлора, периодические обострения могут наступать при охлаждении организма, вирусных инфекциях, ряде других причин, а не только в условиях продолжающегося воздействия паров хлора. Если повторные обострения приводят к ограничению трудоспособности больного, то причина инвалидности будет «профессиональное заболевание», несмотря на то, что возникновению обострений способствовали непрофессиональные факторы.

Во-вторых, — выраженная в различной степени обратимость клинических и морфологических признаков после прекращения действия вызвавшего заболевание этиологического фактора. В одних случаях прекращение контакта с неблагоприятным фактором производства постепенно приводит к обратному развитию патологического процесса, вплоть до полного выздоровления. Например, если больного бронхиальной астмой, вызванной воздействием производственной пыли и промышленных газов, обладающих аллергенными свойствами, перевести на работу, не связанную с указанными факторами, то приступы удушья могут полностью прекратиться. Пылевые бронхиты также претерпевают обратное развитие после прекращения контакта с соответствующими профессиональными факторами. В других случаях, несмотря на прекращение действия этиологического фактора, не происходит обратного развития заболевания. Таковы, например, паркинсонизм при хроническом отравлении марганцем, профессиональная тугоухость и др.

Отмеченные особенности врачебно-трудовой экспертизы лиц с профессиональной патологией обуславливают целесообразность организации специализированных ВТЭК, которые способны не только обеспечить правильную оценку трудоспособности больного, но и профилактику инвалидности вследствие профессиональных заболеваний. Организация специализированных ВТЭК оправдана в областях, районах и городах, где развиты определенные отрасли промышленности, а также размещены специализированные лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения.

Если количество свидетельствуемых с профессиональными заболеваниями не обеспечивает полную нагрузку, следует организовать

<sup>1</sup> Приказ министра здравоохранения СССР № 400 от 30 мая 1969 г. «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся».



смешанную комиссию, которая в определенные дни недели работает как общая и как профпатологическая ВТЭК, т. е. ведет раздельный прием и учет освидетельствованных.

**Организация врачебно-трудовой экспертизы лиц с профессиональными заболеваниями.** В состав специализированных ВТЭК должны входить 3 врача, имеющих подготовку по профпатологии: терапевт-профпатолог, невропатолог-профпатолог, хирург-профпатолог. Такая специальная подготовка может быть получена на рабочих местах в научно-исследовательских институтах гигиены труда и профзаболеваний, на кафедрах профзаболеваний медицинских институтов и т. п. Состав специалистов определяется характером преобладающей профессиональной патологии. Структура профессиональных заболеваний в отдельных экономических районах может быть различной в зависимости от отрасли промышленности, что, естественно, служит основанием для изменения состава специалистов ВТЭК по профилю. Исключительно важное значение имеет постоянное участие в работе специализированной ВТЭК представителей профсоюзной организации предприятия и отдела социального обеспечения.

Специализированные ВТЭК для освидетельствования лиц с профессиональными заболеваниями должны размещаться на базе специализированного учреждения. Такими базами могут быть поликлинические отделения НИИ гигиены труда и профзаболеваний, кафедры профзаболеваний медицинских институтов, центральные районные больницы, имеющие в штате профпатологов и др. При отсутствии таких возможностей следует рекомендовать размещение специализированной ВТЭК на базе крупной медико-санитарной части. Специализированная ВТЭК должна располагать возможностью консультаций больных различными специалистами и профпатологами лечебно-профилактической сети, пользоваться архивными материалами лечебной сети (историями болезни, амбулаторными картами, данными предварительных и периодических медицинских осмотров и др.), а также (в случае необходимости) проведения дополнительных медицинских исследований.

Оснащение специализированных ВТЭК для освидетельствования больных и инвалидов с профессиональными заболеваниями, помимо обычных приборов и инструментов, должно включать негатоскоп, капиллярскоп, алгезиометры, паллестезиометры, динамометры. Указанные приборы используются для контрольных исследований, позволяющих уточнить степень выраженности сосудистых, чувствительных, трофических и других нарушений при ряде профессиональных заболеваний (вибрационная болезнь, токсические полиневриты и др.).

Направление по уч. ф. № 88 в специализированную ВТЭК по освидетельствованию больных с профессиональными заболеваниями заполняет любое лечебно-профилактическое учреждение, но только, как правило, на основании заключения профпатолога из специализированного учреждения.

Особое внимание при заполнении Направления на ВТЭК должно быть обращено на описание в графе «История настоящего заболевания» проведенных лечебно-профилактических мероприятий (амбулаторное, стационарное лечение; предоставление профессионального больничного листа, санаторно-курортное лечение и т. п.) и их эффективности. В Направлении на ВТЭК следует указать, осуществлялось ли трудоустройство больных по заключению ВКК.

Данные обследования, представленные в Направлении на ВТЭК, должны отражать динамику профессионального заболевания, резуль-

таты лабораторных и других параклинических исследований. В диагнозе должны быть указаны стадия профессионального заболевания, течение, ведущий клинический синдром, степень выраженности нарушения функций отдельных органов и систем организма.

Специфика экспертизы трудоспособности профпатологических больных требует представления некоторых дополнительных данных:

- сведений об условиях труда и характере выполняемой работы;
- акта расследования санэпидстанцией случая профессионального заболевания (при первичном освидетельствовании);

- сведений о конкретных возможностях трудоустройства или переобучения (курсового, бригадного, индивидуального) в равноценной по квалификации и уровню заработной платы профессии или с перспективой повышения разряда и соответственно уровня заработной платы.

Отсутствие указанных сведений препятствует принятию конкретных решений о характере заболевания и причине инвалидности.

В Акте медицинского освидетельствования детально освещается клиничко-трудовой анамнез. В этом разделе следует указать, через какой промежуток времени от начала работы в определенных профессиональных условиях (контакт с пылью, промышленными ядами и другими неблагоприятными профессиональными факторами) возникло заболевание. Следует также отразить, какие были проведены лечебно-оздоровительные мероприятия (лечение в амбулаторных условиях, в стационаре, в санатории, временное отстранение от работы, трудоустройство по ВКК и т. д.) и как они сказались на течении заболевания.

Подробное описание специалистами объективных данных должно сопровождаться результатами лабораторных, рентгенологических и других методов исследования, проведение которых обусловлено характером жалоб и клинических проявлений. Следует обратить особое внимание на проведение и отражение в Акте медицинского освидетельствования специфических исследований, обязательных при различных профессиональных заболеваниях и отравлениях в соответствии с приказом министра здравоохранения СССР № 400 от 30 мая 1969 г.

Организация работы по реабилитации лиц, признанных инвалидами по причине «профессиональное заболевание», отличается некоторыми особенностями. Одной из них является наступление инвалидности в молодом возрасте; другая заключается в большой значимости профессиональной реабилитации, поскольку относительно молодой возраст инвалидов и умеренно выраженная патология способствуют трудоустройству инвалидов в широком круге доступных профессий, переобучению и обучению новым квалифицированным профессиям. В вопросе активного трудоустройства инвалидов вследствие профзаболеваний выделяют четыре основных положения.

Первое положение — правильная ориентация и психологическая подготовка больного к работе в других условиях, так как высокое пенсионное обеспечение и целый ряд льгот не способствуют у определенной части рабочих заинтересованности в приобретении новой квалифицированной профессии. Поэтому очень важно, чтобы во ВТЭК свидетелем были разъяснены цель перевода на другую работу и значение своевременного приобретения новой, не противопоказанной профессии.

Второе положение — при помощи представителей производства (либо на выездном заседании, либо путем приглашения их во

ВТЭК) выявляются конкретные возможности для рационального трудоустройства инвалида в равноценной или близкой по квалификации профессии, а также возможности обучения его другой профессии, равной или более высокой квалификации.

Третье положение — проверка фактического трудоустройства инвалида через 2—3 мес в порядке контроля. В случае нерационального трудоустройства инвалида необходимо принятие срочных мер через дирекцию предприятия по выполнению трудовой рекомендации ВТЭК. Такая проверка выполняется путем выезда на предприятие либо в отдельных случаях путем запроса по телефону.

Четвертое положение — обсуждение при посредничестве представителей каждого случая нерационального трудоустройства с представителями дирекции, отдела кадров или комиссии по трудоустройству при фабричных и заводских комитетах профсоюза с обязательным осуществлением рационального трудоустройства или направления на профобучение. Если невыполнение рекомендаций ВТЭК связано с нежеланием самого инвалида приобрести новую профессию, его следует предупредить, что при хорошем состоянии здоровья он будет признан трудоспособным.

Выездные заседания ВТЭК должны проводиться в медсанчастях или поликлиниках, обслуживающих промышленные предприятия. Предварительная запись на выездные заседания производится самим лечебным учреждением. За день до выезда во ВТЭК сообщаются фамилии освидетельствуемых и номера актов.

В работе комиссии на выездном заседании должны принимать участие: представитель отдела кадров, поскольку при профессиональной патологии часто решается вопрос о трудоустройстве или переквалификации в пределах всего предприятия; профпатолог; промышленно-санитарный врач; инженер по технике безопасности и охране труда, могущий дать характеристику санитарных условий труда нового места работы, предлагаемого освидетельствуемому комиссией ВТЭК; заместитель главного врача лечебного учреждения по экспертизе. О решении ВТЭК заместитель главного врача должен сразу поставить в известность комиссию по трудоустройству.

Выезды на предприятия имеют целью ознакомление ВТЭК с работой, проводимой на самих предприятиях и в медсанчастях по профилактике профессиональной заболеваемости и инвалидности, а также контроль за проведением мероприятий по реабилитации больных и инвалидов. Совместно с цеховым и промышленно-санитарным врачом представители ВТЭК проверяют качество предварительных и периодических медицинских осмотров (в соответствии с приказом № 400 от 30 мая 1969 г.); качество диспансеризации больных и инвалидов вследствие профзаболеваний; соблюдение правил техники безопасности и промышленной санитарии; условия труда в профессиях с наибольшей профессиональной заболеваемостью и инвалидностью; возможности рационального трудоустройства и переквалификации в целях профилактики инвалидности и трудовой реабилитации инвалидов.

Так как в большинстве областей освидетельствование больных с профессиональной патологией осуществляется в общих ВТЭК, необходимо проводить отдельный учет инвалидов вследствие профессиональных заболеваний и нумерацию Актов освидетельствования, а также вести специальный журнал протоколов заседаний.

Отчеты ВТЭК о состоянии инвалидности должны составляться в подобных случаях отдельно для лиц с профессиональной и общей

патологией с раздельным вычислением статистических показателей инвалидности.

В структуре первичной инвалидности рекомендуется выделять следующие нозологические формы:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Профзаболевания:   | 2. Последствия профессиональных отравлений: |
| 1.1. пневмокониозы  | 2.1. свинцом                                |
| 1.2. кониотуберкулез  | 2.2. ртутью                                 |
| 1.3. тендовагиниты, артриты, эпикондилиты и другие заболевания, связанные с перенапряжением работающей руки | 2.3. марганцем                              |
| 1.4. вибрационная болезнь   | 2.4. тетраэтилсвинцом                       |
| 1.5. неврит слуховых нервов   | 2.5. окисью углерода                        |
| 1.6. прочие профзаболевания   | 2.6. сероуглеродом                          |
|   | 2.7. бензолом и его гомологами              |
|   | 2.8. прочие                                 |

Такая разработка должна быть дополнена анализом инвалидности по предприятиям. Это необходимо для того, чтобы направить усилия ВТЭК, лечебных учреждений и профсоюзных организаций на профилактику профессиональных заболеваний, снижение инвалидности по причине «профессиональное заболевание», реабилитацию инвалидов.

### ВТЭ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗАХ И ДРУГИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ<sup>1</sup>

Пневмокониозы — хронические профессиональные заболевания, развивающиеся от вдыхания пыли и сопровождающиеся стойкой диффузной соединительнотканной реакцией легочной ткани, преимущественно фиброзного типа, рентгенологически выражающейся в диссеминированном легочном процессе узелкового или интерстициального типа. Согласно принятой в нашей стране классификации, пневмокониозы по этиологическому принципу подразделяют на силикоз, силикатоз, металлокониоз, пневмокониозы от смешанных пылей и пневмокониоз от растительной пыли.

Различные виды пневмокониоза имеют много общих клинических признаков. Больные предъявляют жалобы на боли в грудной клетке, одышку, кашель, общую слабость. Вариабельность физикальных данных зависит от степени выраженности фиброза и эмфиземы легких, наличия бронхита, бронхоэктазий. Ведущим в диагностике пневмокониоза является рентгенологический метод исследования. Различают три основные формы (узелковую, диффузно-склеротическую и узловую) и три стадии (I, II, III) заболевания. Формы пневмокониоза обусловлены соответствующими патоморфологическими изменениями в бронхах и легких; стадии определяются в зависимости от степени распространенности процесса.

Клинически пневмокониоз обычно проявляется симптомами хронического бронхита и эмфиземы легких, приводящих к легочной недостаточности различной степени.

По течению различают пневмокониозы:

— быстротекущие, характеризующиеся развитием процесса в течение 5 лет после начала работы в «пылевых» условиях или переходом I стадии заболевания во II в течение 2—3 лет;

<sup>1</sup> См. литературу № 5 — 11.

— медленно текущие, когда процесс развивается в течение 10—20 лет после начала работы в контакте с пылью и переход I стадии во II происходит в течение 5—10 лет;

— поздние, отличающиеся развитием процесса через несколько лет после прекращения работы в контакте с пылью.

Пневмокониозы могут осложняться туберкулезом легких. Наиболее часто наблюдается сочетание силикоза и туберкулеза, особенно у пескоструйщиков и горнорабочих. В подобных случаях туберкулезный процесс быстро прогрессирует и характеризуется тяжелым клиническим течением.

Асбестоз, антракоз, пневмокониоз у шлифовальщиков значительно реже сочетается с туберкулезом легких, причем преобладают очаговые его формы с относительно медленным прогрессированием заболевания. Как правило, талькоз, баритоз и другие виды пневмокониозов не осложняются туберкулезом легких.

**ВТЭ при пневмокониозах.** В процессе врачебно-грудовой экспертизы следует учитывать, помимо данных рентгенологического обследования, результаты общеклинического исследования, индивидуальные особенности организма, санитарно-гигиеническую характеристику условий труда больных, особенности течения пневмокониоза на данном предприятии. При освидетельствовании необходимо уточнить профессиональный маршрут, характер профессиональной деятельности в прошлом и в момент обследования, отрасль промышленности, профессию, производственный и «пылевой» стаж работы.

Выясняя санитарно-гигиенические условия труда больного, необходимо установить степень запыленности рабочего места и характер пыли (кварцевая, угольная, асбестовая и др.), наличие в пыли свободной двуокиси кремния и процентное ее содержание.

Необходимо учитывать также ранее перенесенные заболевания, особенно пневмонии, бронхиты, приступы бронхиальной астмы, вследствие которых развивается пневмосклероз, и использовать эти факты в дифференциальной диагностике.

Наряду с общеклиническими методами определения степени и характера нарушений функций системы внешнего дыхания и кровообращения, следует использовать специальные методы (пробу с дозированной нагрузкой и задержкой дыхания, определение ЖЕЛ, МОД и т. п.).

При оценке состояния трудоспособности больных пневмокониозом необходимо учитывать характер кониотического процесса и сроки его развития, выраженность функциональных нарушений системы внешнего дыхания и кровообращения, сопутствующие заболевания и социальные, прежде всего профессиональные, факторы.

Основанием для установления инвалидности по профессиональному заболеванию являются противопоказание к труду в прежней профессии и необходимость перевода свидетельствуемого на другую работу, что обычно связано со снижением квалификации. Трудовые рекомендации ВТЭК должны быть конкретными, соответствовать условиям производства и учитывать возможности восстановления трудоспособности у данного контингента инвалидов.

При определении трудового прогноза у больных с кониотическим процессом следует учитывать выраженность эмфиземы легких, состояние функций системы внешнего дыхания.

При пневмокониозе I стадии и сопутствующей эмфиземе легких клинически, как правило, обнаруживаются начальные проявления легочной недостаточности.

Если трудоустройство таких больных связано со снижением квалификации, это служит основанием для определения III группы инвалидности на период переквалификации и стойкого рационального трудоустройства; причиной инвалидности в подобных случаях следует считать «профессиональное заболевание по пневмокониозу». Однако, если труд не связан с воздействием высоких концентраций пыли и значительным физическим напряжением, больные могут быть признаны трудоспособными в своей профессии и нуждаются в трудовых ограничениях по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Больные пневмокониозом II и III стадий при наличии сопутствующей умеренной эмфиземы легких могут быть рационально трудоустроены, однако со значительным сокращением объема производственной деятельности и снижением квалификации, и поэтому признаются ограниченно трудоспособными. Лица, у которых диагностируется пневмокониоз, осложненный легочной, а нередко и сердечной, недостаточностью II или III степени, утрачивают трудоспособность в обычных производственных условиях, и им определяется II группа инвалидности.

При трудоустройстве больных пневмокониозом следует учитывать, что им противопоказана работа, связанная с воздействием пыли, токсических агентов, значительным или умеренным, но постоянным физическим напряжением, в неблагоприятных метеоусловиях.

При пневмокониозе I стадии без признаков легочной недостаточности или с начальными ее проявлениями рекомендуемый труд в меньшей степени требует ограничений физического напряжения. При I и II стадиях пневмокониоза с легочной недостаточностью I и I-II степени может быть рекомендован труд с незначительным физическим напряжением. Работа должна выполняться в благоприятных производственных условиях, трудовая нагрузка — соответствовать физиологическим возможностям больного и обеспечивать активизацию его функциональных способностей (при I категории тяжести) или сохранение стабильности в состоянии здоровья (при II категории тяжести).

Рабочие молодого возраста с благоприятным течением заболевания нуждаются в своевременном обучении и переквалификации. При этом необходимо учитывать их профессиональную ориентацию и организационные формы получения новой профессии на данном предприятии.

Трудоустройство рабочих, заболевших пневмокониозом, целесообразно осуществлять преимущественно на тех предприятиях, где они работали до получения профессионального заболевания, или на предприятиях аналогичного профиля в целях сохранения общественных связей и производственного стереотипа, а также возможностей получения определенных льгот (санаторно-курортное лечение, материальная помощь и др.).

Лица, страдающие пневмокониозом, являются, как правило, высококвалифицированными рабочими, имеющими большой производственный стаж (обрубщики, стерженщики, формовщики, проходчики, бурильщики и др.). Перевод их на другую работу связан с ломкой сложившегося жизненного стереотипа и нарушением личностных интересов. Поэтому мероприятия по трудоустройству таких рабочих следует проводить комплексно, по заранее разработанным системным планам, применительно к конкретному производству и с учетом медико-социальных факторов. Переобучение и повышение квалифика-

ции работающих инвалидов следует рассматривать как оптимальный путь их социально-трудовой реабилитации. С этой целью необходимо систематически проводить работу среди больных пневмокопниозом и инвалидов по обучению и приобретению ими новой профессии.

**ВТЭ при силикозе.** Силикоз — наиболее распространенный и тяжелый вид пневмокопниоза, развивающийся от вдыхания кварцевой пыли, содержащей свободную двуокись кремния. Заболевание наблюдается среди рабочих «пылевых профессий» в горнорудной (бурильщики, проходчики, забойщики, взрывники), машиностроительной (пескоструйщики, дробеструйщики, обрубщики) и других отраслях промышленности. Клиническая картина силикоза в известной мере зависит от характера и особенностей профессии больных.

*Силикоз рабочих литейных цехов и фарфоро-фаянсового производства.* Клиническое течение силикоза у рабочих литейных цехов (обрубщиков, формовщиков, заливщиков, выбивщиков и др.) зависит от условий труда. При высоких концентрациях двуокиси кремния (70—90 %) возможна быстро прогрессирующая форма, напоминающая по своему течению силикоз пескоструйщиков. При умеренной концентрации двуокиси кремния (20—40 %) заболевание развивается более медленно и формируется через 10 лет и более от начала работы, связанной с воздействием пыли. Рентгенологическая картина характеризуется деформацией легочного рисунка по типу мелкоячеистого (сетчатого) пневмосклероза. Силикоз может осложниться туберкулезом легких с преобладанием продуктивных процессов.

У рабочих фарфоро-фаянсового производства, где пыль содержит в среднем 33 % двуокиси кремния, развитие силикоза происходит медленно, обычно через 15 и более лет после начала работы, связанной с вдыханием пыли. Этот вид силикоза часто осложняется туберкулезом легких, который отличается в подобных случаях медленным течением и усиленным обызвествлением туберкулезных очагов и лимфоузлов.

Прогноз у этих больных сравнительно благоприятен. Поэтому рабочих литейного и фарфоро-фаянсового производства, у которых силикоз I стадии возник через 10—15 лет работы в контакте с пылью, можно оставлять в прежних условиях труда, если процесс не имеет склонности к прогрессированию и не осложняется легочной недостаточностью или присоединением туберкулеза легких.

В тех случаях, когда динамическое наблюдение указывает на заметное прогрессирование процесса (переход из I стадии во II в течение нескольких лет) или присоединение туберкулеза легких, следует переводить больных на работу вне контакта с пылью. Если это связано со снижением квалификации, больные должны быть признаны ограниченно трудоспособными, а в отдельных случаях, в зависимости от тяжести заболевания, нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

В машиностроительной промышленности больные силикозом, признанные инвалидами, могут быть переведены из литейного цеха на слесарно-сборочную или на легкую подсобную работу в другие цеха. В фарфоро-фаянсовом производстве инвалидам следует рекомендовать работу упаковщиков готовых изделий, сортировщиков, отборщиков изделий, наклейщиков, транспортировщиков, мойщиков трафаретов и др.

**ВТЭ при силикатозах.** Силикатозы — пневмокопниозы, развивающиеся при вдыхании пыли силикатов — минералов, содержащих двуокись кремния в связанном с другими элементами состоянии. К ним

относятся асбестоз, талькоз, цементоз, пневмокониоз от пыли слюды и др., возникающие у лиц, занятых на добыче и производстве силикатов, а также их обработке и применении. При силикатозах наблюдается преимущественно интерстициальная форма фиброза легких. Часто встречающейся формой силикатозов является асбестоз.

*Асбестоз* — пневмокониоз, характеризующийся более выраженной клинической картиной, чем силикоз. Он проявляется одышкой, кашлем, вначале сухим, а затем со слизисто-гнойной мокротой, болями в груди. В мокроте могут быть обнаружены асбестовые тельца. Для асбестоза характерно развитие хронического бронхита, эмфиземы и пневмосклероза, наступающее после 5 и более лет работы, связанной с вдыханием асбестовой пыли. Рентгенологически обнаруживается диффузный интерстициальный фиброз без узелков или с небольшим их количеством. При этом заболевании наблюдаются различные нарушения функции системы внешнего дыхания и соответствующих показателей функциональных исследований.

Асбестоз нередко сочетается с бронхоэктатической болезнью и хронической пневмонией; довольно частым осложнением является рак легкого. С туберкулезом легких асбестоз сочетается редко, причем течение туберкулеза в этих случаях относительно медленное. Больных асбестозом I стадии при частых обострениях бронхита, появлении интерстициальных пневмоний следует переводить на работу, не связанную с вдыханием пыли. Если перевод на другую работу сопровождается снижением квалификации, а нарушения функции системы внешнего дыхания нерезко выражены, больной может быть признан ограниченно трудоспособным. Причина инвалидности в подобных случаях будет «профессиональное заболевание по пневмокониозу». Эти больные могут быть трудоустроены на подсобных работах вне контакта с пылью и газами, в благоприятных метеорологических условиях. Лицам молодого возраста следует рекомендовать переобучение.

В случаях выраженного асбестоза, сочетающегося с бронхоэктатической болезнью или хронической пневмонией с частыми и продолжительными обострениями, осложненными токсико-инфекционным синдромом, тяжелой легочной или легочной и сердечной недостаточностью, больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях и иногда нуждаются в постоянном постороннем уходе.

*Талькоз* может возникнуть после 15 и более лет работы, связанной с вдыханием тальковой пыли. Больные предъявляют жалобы на одышку, боли в груди, сухой кашель. Объективно отмечается коробочный оттенок звука при перкуссии легких; жестковатое дыхание, иногда шум трения плевры. Рентгенологически выявляются мелкосетчатый рисунок, множество мелких узелков, равномерно усеивающих легкие, небольшое расширение корней.

Течение талькоза медленное, приостанавливается обычно на I или II стадии развития; сочетание его с туберкулезом легких встречается редко. Этот вид пневмокониоза протекает сравнительно доброкачественно и мало отражается на общем состоянии больных и их трудоспособности. Поэтому больные талькозом могут длительное время оставаться на прежней работе при систематическом врачебном наблюдении, а также улучшении условий их труда и проведении обеспыливающих мероприятий на рабочих местах.

Однако у рабочих, занимающихся добычей и обработкой тальковой руды, т. е. имеющих контакт с пылью, содержащей в качестве



примесей к тальку свободную двуокись кремния, изменения в легких напоминают картину силикоза I и II стадий. В случаях силикоталькоза с заметным прогрессированием процесса до II и III стадий, нарастанием легочной и сердечной недостаточности трудоспособность больных значительно снижается. Прогрессирование процесса нередко ведет к ограничению трудоспособности или даже утрате ее, что зависит от выраженности морфологических изменений в легких и нарушений функций.

*Цементный пневмокониоз* может возникнуть вследствие длительного вдыхания цементной пыли. У рабочих, имеющих контакт с цементной пылью-клинкером без различных добавок (трепел, песок), пневмокониоз возникает очень редко, в среднем после 20 лет «пылевого стажа» работы, и характеризуется симптомами бронхита, развитием незначительного интерстициального фиброза легких при отсутствии нарушений функции системы внешнего дыхания. Трудоспособность у этих больных не снижается.

В тех случаях, когда рабочие имеют непосредственный контакт с пылью, содержащей, помимо клинкера, до 30% трепела (пуццолановый цемент) или до 96% песка (кислотоупорный цемент), у них может развиваться пневмокониоз, который по клинико-рентгенологической картине и особенностям течения можно считать силикозом. Заболевание нередко довольно быстро прогрессирует, иногда сочетается с туберкулезом и имеет неблагоприятный клинический и трудовой прогноз.

*Нефелиновый или оливиновый пневмокониозы* характеризуются медленным развитием и течением, малой выраженностью клинических и функциональных нарушений и возникают в среднем после 15–20 лет «пылевого стажа» работы на соответствующих предприятиях. Клинический и трудовой прогноз при этих пневмокониозах благоприятный.

При цементном, нефелиновом (оливиновом) пневмокониозах экспертиза трудоспособности основывается на принципах, аналогичных таковым при благоприятно текущих формах пневмокониоза.

*Пневмокониоз от косметической пудры* может возникнуть у рабочих парфюмерной промышленности после 12–15 лет работы, связанной с вдыханием косметической пудры, состоящей из талька (22–25%), каолина (25–35%) и др. Этот пневмокониоз характеризуется развитием интерстициального и узелкового фиброза, постепенно прогрессирующего, нередко до III стадии, с возникновением опухолевидных образований. Больные предъявляют мало жалоб, но при объективном исследовании у них обнаруживаются явления легочной и сердечной недостаточности. Иногда этот вид пневмокониоза сочетается с туберкулезом. Клинический и трудовой прогноз при данном заболевании неблагоприятный, особенно в тех случаях, когда развивается легочная и сердечная недостаточность. Поэтому больных уже в I стадии заболевания, при склонности к прогрессированию процесса, следует переводить на работу вне контакта с пылью и не связанную с тяжелым физическим напряжением. Если перевод на другую работу сопровождается снижением квалификации, больные признаются ограниченно трудоспособными. При значительно выраженных нарушениях функции системы внешнего дыхания (III стадия заболевания) больных следует признавать нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

**ВТЭ при металлоконниозах.** Под термином «металлоконниозы» понимаются пневмокониозы, развивающиеся под воздействием пыли

различных металлов (берилий, кобальт, редкоземельные металлы, никель, хром, алюминий, вольфрам и др.), оказывающей токсическое или аллергическое действие с вторичной фиброзной реакцией легочной ткани.

**Аллюминоз** может возникнуть у рабочих электролизных цехов при стаже работы 10—15 лет. При этом заболевании на ранней, I, стадии рентгенологически определяется деформированный легочный рисунок, во II стадии — большое количество исчетких мелкоузловых образований и изменение структуры корней.

Возникновение пневмокониоза возможно также от попадания в дыхательные пути оловянной пыли у лиц, работающих на оловянных рудниках и в оловоплавильных цехах не менее 8—10 лет.

Характерной особенностью этих пневмокониозов является обнаруживаемая рентгенологически диффузная, мельчайшая интенсивная пятнистость, обусловленная не только фиброзным процессом, но и нахождением пыли в альвеолах. Клиническая симптоматика этих пневмокониозов мало выражена. Функция системы внешнего дыхания обычно не изменена или изменена незначительно. Больные, как правило, сохраняют трудоспособность в своей профессии и не нуждаются в изменении условий работы. Однако они должны находиться на диспансерном учете под систематическим врачебным наблюдением.

**ВТЭ при карбокониозах.** Под термином «карбокониозы» понимаются пневмокониозы, обусловленные воздействием углеродсодержащей пыли (уголь, графит, сажа, кокс). Наиболее распространенным является антракоз, развитие которого возможно у шахтеров, работающих на выемке угля, а также у рабочих обогатительных фабрик и некоторых других производств. Антракоз может сформироваться у рабочих, вдыхающих угольную пыль при «шлывом стаже» не менее 10—15 лет. Больные предъявляют жалобы на кашель с выделением мокроты, содержащей примеси угля, одышку, боли в груди. При объективном исследовании устанавливаются хронический бронхит и эмфизема легких. Рентгенологически определяются диффузное усиление легочного рисунка, больше выраженное в нижних отделах; утолщение стенок крупных и средних бронхов; мелкие, неинтенсивные узелки в легочной ткани (диаметром 1—2 мм), изменение структуры корней легких. В выраженных стадиях антракоза отмечается преобладание мелкоячеистого рисунка и большое количество мелких узловых теней в средних и нижних участках легочных полей.

Антракоз протекает медленно, однако прогрессирование бронхита и эмфиземы, развитие бронхоэктатической болезни, легочной и сердечной недостаточности может привести к снижению трудоспособности. Очень редко в легких наблюдается развитие массивного фиброза в виде опухолевидных образований. В отдельных случаях возможно сочетание антракоза с туберкулезным процессом в легких, протекающим относительно доброкачественно. Принципы экспертизы трудоспособности больных антракозом соответствуют таковым при антракосиликозе.

**ВТЭ при пневмокониозах от смешанной пыли.** Этот вид пневмокониоза наблюдается при комбинированном воздействии различных пылей, содержащих примесь двуокиси кремния или почти от нее свободных. Пневмокониозы от смешанных пылей со значительным содержанием двуокиси кремния в настоящее время наиболее распространены, по клинко-рентгенологической характеристике близки к силикозу и встречаются у рабочих угольных шахт, железных рудников, на производстве шамота и др. В зависимости от характера

примесей следует выделить антракосиликоз, сидеросиликоз, силикосиликатоз.

К пневмокониозам от смешанных пылей с незначительной примесью кварца или без таковой относится пневмокониоз, развивающийся у электросварщиков, шлифовальщиков, наждачников, у рабочих резиновой промышленности вследствие комбинированного воздействия сажи, талька и других компонентов. Рентгенологически при пневмокониозах от смешанных пылей различают мелкопятнистые (эффект рентгеноконтрастности пыли) и интерстициальные формы.

*Антракосиликоз* развивается у рабочих угольных шахт, имеющих контакт со смесью угольной и породной пыли. В зависимости от количества свободной двуокиси кремния в породе может развиваться пневмокониоз, по клинико-рентгенологической картине соответствующий силикозу или антракозу.

Антракосиликоз, близкий по своим особенностям к антракозу, протекает медленно и относительно доброкачественно. Функциональные расстройства не соответствуют морфологическим изменениям в легких и отстают от них в своем развитии. Клинико-рентгенологические проявления рассматриваемой формы антракосиликоза в основном совпадают с таковыми при антракозе.

Решение вопросов ВТЭ больных антракосиликозом следует проводить с учетом общепринятых положений по врачебно-трудовой экспертизе и биологических свойств пыли, играющих большую роль в возникновении патологического процесса.

Особенности течения антракосиликоза обусловлены горногеологическими, санитарно-гигиеническими и климатическими условиями. Пневмокониоз шахтеров, работающих в южных и восточных угольных бассейнах, характеризуется относительно благоприятным течением и сравнительно редко осложняется туберкулезом легких. Отмечаются преимущественно ранние стадии пневмокониоза, легочная недостаточность I степени. Сроки развития пневмокониоза у лиц, работающих в упомянутых угольных бассейнах, составляют в среднем 15 лет.

Более тяжелое течение пневмокониотического процесса и относительно раннее его развитие у шахтеров, работающих в других бассейнах, наблюдается при высоком содержании свободной двуокиси кремния в породах угля, токсичности сопутствующих примесей, низкой температуре в шахтах, присутствии карстовых вод и т. д.

При определении состояния трудоспособности больных антракосиликозом I стадии без явлений легочной недостаточности основанием для перевода на работу, не имеющую противопоказаний, служит высокая степень запыленности и концентрации двуокиси кремния, быстрое развитие кониотического процесса, сочетание заболевания с любой формой туберкулеза легких и другими осложнениями. Если перевод больных на другую работу ведет к снижению квалификации или уменьшению объема производственной деятельности, им определяется III группа инвалидности с целью переквалификации и стойкого трудового устройства. В тех случаях, когда перевод на другую работу не влечет за собой снижения объема производственной деятельности или потери квалификации, больные антракосиликозом I стадии без явлений легочной недостаточности трудоустраиваются по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Горнорабочим, имеющим большой стаж работы под землей и в условиях умеренной запыленности, при благоприятном течении заболевания и небольшом сроке до назначения им пенсии по возрасту (2—3 го-

да), как правило, должны быть предоставлены ограничения по заключению ВКК.

При антракосиликозе I стадии больным с легочной недостаточностью I степени противопоказана работа, связанная с запыленностью и умеренным, но постоянным физическим напряжением. Перевод данного контингента лиц на работу, не связанную с физическим напряжением, вне контакта с пылью, как правило, ведет к снижению квалификации, что дает основание для определения им III группы инвалидности.

При антракосиликозе I стадии с выраженным бронхитом и легочной недостаточностью II—III или III степени возможности трудового устройства суживаются. Шахтеры в подобных случаях признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

Если трудоустройство больных антракосиликозом II и III стадии в показанных профессиях связано со снижением квалификации, им определяется III группа инвалидности. Наличие легочной и сердечной недостаточности II или III степени при антракосиликозе II или III стадии является основанием для определения II группы инвалидности в связи с невозможностью продолжения работы в обычных производственных условиях.

*Пневмокониоз от вдыхания сварочного аэрозоля* может возникнуть у электросварщиков с большим стажем работы (10—15 лет). Больные обычно не предъявляют никаких жалоб, однако в ряде случаев у них отмечаются небольшой сухой кашель и одышка при физическом напряжении. При объективном исследовании определяются коробочный оттенок перкуторного звука, жесткое, реже везикулярное дыхание; хрипы не выслушиваются.

При этом виде пневмокониоза изменения функции системы внешнего дыхания мало выражены. Рентгенологически пневмокониоз электросварщиков характеризуется развитием интерстициального фиброза (деформация легочного рисунка, мелкоячеистый рисунок), появлением мелкоузловых образований (1 мм в диаметре), в дальнейшем увеличивающихся в размерах и количестве.

Этот вид пневмокониоза достигает I—II стадии развития и в дальнейшем не прогрессирует, редко осложняется очаговой формой туберкулеза легких с относительно доброкачественным течением.

Следует учитывать, что усиление легочного рисунка на рентгенограмме зависит не только от морфологических изменений (диффузный фиброз), но в значительной мере от скопления в легких пыли, содержащей окислы железа и других веществ, обладающих высокой способностью поглощения рентгеновских лучей.

Пневмокониоз электросварщиков имеет благоприятное течение, и трудоспособность больных чаще всего не нарушается. Электросварщиков, у которых развился пневмокониоз I стадии, следует считать трудоспособными в своей профессии, однако они нуждаются в постоянном врачебном наблюдении. Рекомендуется переводить этих больных на электросварку вне замкнутых пространств.

*Пневмокониоз шлифовальщиков* может развиваться у рабочих, имевших в течение 8—10 лет контакт с пылью, которая образуется при сухой шлифовке деталей абразивным материалом (карборундом, электрокорундом, алмазом и др.). В отличие от силикоза этот вид пневмокониоза имеет слабо выраженную рентгенологическую картину: нерезкое усиление прикорневого легочного рисунка, утолщение стенок крупных и средних бронхов, отсутствие узловых образований.

Клиническая симптоматика заболевания значительно выражена. Больные часто предъявляют жалобы на сухость в глотке, кашель с выделением мокроты (до 100 см<sup>3</sup> в сутки), одышку при физическом напряжении, боли в груди. При перкуссии определяется коробочный оттенок звука, при аускультации — сухие, реже влажные, хрипы в нижних отделах легких. У больных диагностируются бронхит, эмфизема легких, бронхоэктатическая болезнь с умеренными изменениями функции системы внешнего дыхания.

По характеру течения этот пневмокониоз приближается к асбестозу. Он редко осложняется туберкулезом, причем преобладают очаговые формы в фазе уплотнения. Изредка на фоне пневмокониоза развиваются абсцедирующие пневмонии.

При нерезко выраженном бронхите и отсутствии нарушений функции системы внешнего дыхания шлифовальщики могут продолжать работу в своей профессии при условии обязательного проведения противопылевых мероприятий и тщательного медицинского наблюдения.

Если бронхит протекает с частыми обострениями и сопровождается умеренными или значительными изменениями функции системы внешнего дыхания, больных пневмокониозом следует переводить на работу, не связанную с сухой шлифовкой деталей абразивным материалом, контактом с пылью. Больным противопоказана также работа, связанная с тяжелым физическим напряжением, неблагоприятными метеорологическими условиями. При улучшении условий труда клинические проявления заболевания могут значительно уменьшаться. Лишь в отдельных случаях при развитии выраженной легочной и сердечной недостаточности эти больные признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях.

**ВТЭ при эмфиземе легких у шахтеров-угольщиков.** Хронический бронхит и эмфизема легких у шахтеров-угольщиков относятся к числу разновидностей коннотической болезни.

В настоящее время считается общепризнанным мнение о ведущей роли хронического бронхита в развитии эмфиземы легких. Среди клинических признаков эмфиземы легких наиболее ранним и постоянным является одышка, выраженность которой определяется степенью легочной недостаточности. В дальнейшем, по мере развития патологического процесса, присоединяются явления сердечной недостаточности.

Вынося экспертное решение о причине инвалидности у шахтера, страдающего эмфиземой легких, нужно учитывать: возраст при поступлении на работу, связанную с воздействием пыли; возраст к моменту установления инвалидности (для исключения эмфиземы легких, обусловленной возрастными особенностями); стаж работы в условиях интенсивной запыленности; заболевания легких в прошлом, подтвержденные медицинской документацией.

Если эмфизема легких возникла в возрасте 30—40 лет у шахтера, имеющего 6—10 лет стажа работы в соответствующих условиях, не переносившего ранее заболеваний легких, причина инвалидности в случае установления последней должна быть определена — «профессиональное заболевание».

Основными критериями определения состояния трудоспособности больных эмфиземой легких и трудовых рекомендаций являются стадии заболевания и степень нарушения функций системы внешнего дыхания и кровообращения. Трудоспособность шахтеров в начальной стадии эмфиземы легких без явлений легочной недостаточности сохранена,

однако они нуждаются в диспансерном наблюдении и проведении профилактических мероприятий. При появлении признаков легочной недостаточности им противопоказана работа в условиях сильной запыленности, воздействия неблагоприятных метеорологических факторов, а также связанная со значительным постоянным физическим напряжением. Если перевод на работу в показанные по состоянию здоровья условия невозможен без снижения квалификации, рекомендуется определение III группы инвалидности на период приобретения большими равноценной профессии.

Трудоспособность шахтеров, страдающих эмфиземой легких II стадии, обычно ограничена в связи с легочной недостаточностью. Им противопоказана работа в условиях запыленности, а также связанная со значительным физическим напряжением. При невозможности рационального трудоустройства рекомендуется установление III группы инвалидности на период приобретения равноценной профессии.

Шахтеры, у которых диагностируется выраженная эмфизема легких (III стадия), признаются нетрудоспособными в обычных производственных условиях в связи со значительными функциональными нарушениями (II или III степень легочной и сердечной недостаточности).

### ВТЭ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ<sup>1</sup>

Вибрационная болезнь является профессиональным заболеванием, отличается полиморфностью клинической симптоматики, развитием осложнений и нередко приводит к инвалидности. Клиника вибрационной болезни характеризуется развитием полиневритического, ангиоспастического и ангиодистонического синдромов. Помимо этого, могут наблюдаться дистрофические изменения в опорно-двигательном аппарате и ряде внутренних органов. Формирование того или иного синдрома вибрационной болезни зависит от параметров вибрации, продолжительности контакта с вибрацией, других производственных вредностей, преморбидных особенностей организма больного.

Согласно классификации, различают вибрационную болезнь от воздействия «локальной» вибрации, вибрационную болезнь от воздействия «комбинированной» вибрации, вибрационную болезнь от «общей» вибрации.

В зависимости от особенностей профессии работающих каждая из названных форм болезни может протекать в виде четырех последовательных стадий или в виде отдельных синдромов.

*Врачебно-трудовая экспертиза при вибрационной болезни от «локальной» вибрации.* I стадия (начальная) характеризуется нерезко выраженными, периодически возникающими болями и парестезиями в руках, легкими расстройствами поверхностных видов чувствительности в дистальных отделах рук, спазмом капилляров, незначительным нарушением трофики кожи и ногтей. Указанные симптомы, как правило, носят обратимый характер.

II стадия (умеренно выраженных расстройств) характеризуется повышенной утомляемостью и раздражительностью больного, стойкими болями и парестезиями в руках, приступами побеления пальцев на холоде, снижением болевой и вибрационной чувствительности на руках по дистальному типу. В мышцах предплечья можно паль-

<sup>1</sup> См. литературу № 12—15.

пировать болезненные уплотнения, указывающие на наличие миозита. Наблюдаются цианоз, локальный гипергидроз, асимметрия и снижение кожной температуры на кистях, а при капилляроскопии — преобладание спазма капилляров.

III стадия (выраженная) протекает с приступами побеления пальцев, резким цианозом и отечностью тканей кистей, грубыми нарушениями поверхностной чувствительности по дистальному, реже — сегментарному типу, снижением вибрационной чувствительности, атрофией мышц предплечья и кисти. Кроме того, у больных возникают нарушения функций системы кровообращения, эндокринной системы, органов пищеварения, а также выраженные астеноневротические состояния.

IV стадия (генерализованных сосудистых нарушений) характеризуется переходными или стойкими нарушениями кровообращения в различных сосудистых бассейнах, преимущественно сердца, мозга, верхних и нижних конечностей, сопровождающимися грубыми и распространенными расстройствами двигательных, чувствительных и трофических функций. Эта стадия заболевания в настоящее время выявляется редко.

Вибрационная болезнь чаще характеризуется стабильным или прогрессирующим клиническим течением, изредка отмечается регрессирующее течение. Лица, страдающие вибрационной болезнью, сохраняют трудоспособность во многих профессиях, не связанных с воздействием вибрации, охлаждения, значительным физическим напряжением.

При выявлении заболевания на ранних (I и II) стадиях проводится активное лечение, после которого больные должны быть переведены на работу, не связанную с профвредностями, по «профессиональному» больничному листку на срок до 2 мес. После этих мероприятий состояние больных иногда настолько улучшается, что они могут быть признаны трудоспособными в своей профессии, но с ограничением времени работы с виброинструментом. Такое заключение выносит ВКК лечебно-профилактических учреждений. Больные подлежат диспансерному наблюдению.

При недостаточной эффективности лечения ВКК должна принять меры для трудоустройства больных на другую работу равной квалификации, не связанную с воздействием профвредностей.

Горнорабочие, страдающие вибрационной болезнью I стадии, в большинстве случаев подлежат раннему отстранению от работы, переобучению и обучению новой профессии с определением степени утраты трудоспособности (в процентах). Только в отдельных случаях благоприятного течения заболевания можно продолжать работу в прежней профессии при условии тщательного врачебного контроля, систематического лечения и использования «профессионального» больничного листка.

Горнорабочих, страдающих вибрационной болезнью II стадии, целесообразно переводить в облегченные условия труда, без воздействия профвредностей на срок до 2 мес по «профессиональному» больничному листку. При нечетко выраженной динамике заболевания отстранение больных от работы, связанной с вибрацией, осуществляется по решению ВКК еще на 1–2 мес.

При улучшении состояния здоровья или стабилизации процесса больных вибрационной болезнью II стадии следует считать трудоспособными в профессиях, не связанных с вибрацией и другими противопоказанными факторами. Если трудоустройство больных осуществляется на работу равной квалификации, но менее оплачиваемую,

то при запросе предприятия должно быть вынесено экспертное решение об определении степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах (приказ по Министерству соц. обеспечения РСФСР № 8 от 24 января 1972 г., раздел II, п. 6)<sup>1</sup>.

У больных с выраженными стадиями заболевания (II—III, III) решение вопроса о трудоспособности должно быть строго индивидуальным в зависимости от характера патологии и возможностей их трудоустройства.

В стадии генерализации вибрационной болезни (IV стадия), проявляющейся тяжелыми сосудистыми нарушениями в различных бассейнах, больные утрачивают трудоспособность, и им определяется II группа инвалидности. Наряду с этим в подобных случаях рекомендуется определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах (приказ по Министерству соц. обеспечения РСФСР № 8 от 24 января 1972 г., раздел II, п. 1 и 2).

В случаях смешанной патологии (вибрационная болезнь и пневмокониоз) основанием для определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) является выраженность нарушений функций, обусловленных вибрационной болезнью.

Показаниями для направления на ВТЭК больных вибрационной болезнью, вызванной местной вибрацией, служат: выраженные периферические вегетативно-сосудистые расстройства, сопровождающиеся стойким болевым синдромом; приступы побеления пальцев; слабость мышц кисти, ограничивающая двигательные функции рук и препятствующая выполнению больными трудовых операций.

Значительно реже показаниями для направления на ВТЭК служат генерализованные сосудистые расстройства, протекающие с кардиальными или церебральными ангиоспастическими кризами. Снижение трудоспособности этих больных определяется частотой и тяжестью кризов, а также степенью выраженности сосудистых нарушений в межприступном периоде.

При ранней диагностике заболевания, комплексной терапии и рациональном трудоустройстве клинический и трудовой прогноз в большинстве случаев может быть благоприятным.

Отдельные симптомы вибрационной болезни у многих лиц, испытывающих воздействия вибрации в течение 3—5 лет, подвергаются обратному развитию. Однако в течение длительного времени (10—15 лет) у больных сохраняются неприятные субъективные ощущения. Наличие слабо выраженных симптомов вибрационной болезни у лиц, не работающих с виброинструментом 3—5 лет, не дает основания считать их ограниченно трудоспособными, если приобретенная профессия равна по квалификации основной профессии больного. Трудовой прогноз при выраженных формах вибрационной болезни остается сомнительным.

Критериями определения III группы инвалидности служат: умеренно выраженные периферические вегетативно-сосудистые расстройства, проявляющиеся упорными болями и парестезиями в дистальных отделах рук; частые приступы побеления пальцев; цианоз и отечность кистей; умеренное снижение силы и гипотрофия мышц кистей;

<sup>1</sup> Приказ по М-ву социального обеспечения РСФСР № 8 от 24 января 1972 г. «Об утверждении Методических указаний о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) при освидетельствовании во ВТЭК рабочих и служащих, получивших увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой».



нечастые и умеренно выраженные церебральные или кардиальные ангиоспастические пароксизмы, препятствующие выполнению работы по основной профессии, связанной с воздействием вибрации.

Лица молодого и среднего возраста признаются ограниченно трудоспособными на время приобретения ими не противопоставленной профессии, равной прежней по квалификации.

Больным старше 45 лет при затруднении в трудоустройстве на работу равной квалификации приходится в отдельных случаях рекомендовать малоквалифицированную работу, не связанную с воздействием профвредностей.

Критериями определения II группы инвалидности при рассматриваемой форме вибрационной болезни служат: выраженные периферические вегетативно-сосудистые расстройства, приводящие к стойкому болевому синдрому; частые и продолжительные приступы побеления пальцев, значительный парез и атрофия мышц кистей и предплечья; тяжелые последствия нарушений мозгового или коронарного кровообращения при генерализованных сосудистых расстройствах, характерных для III—IV стадий вибрационной болезни.

I группа инвалидности при вибрационной болезни, вызванной местной вибрацией, определяется крайне редко, в частности при тяжелых расстройствах мозгового или коронарного кровообращения со стойкими остаточными явлениями, обуславливающими необходимость в постоянном постороннем уходе за больными.

Трудовое устройство больных молодого и среднего возраста должно предусматривать возможность повышения их квалификации в новой профессии. При условии переобучения инвалидность больным вибрационной болезнью от локальной вибрации определяется не более чем на 3—5 лет.

*Врачебно-трудовая экспертиза при вибрационной болезни от общей вибрации.* Клиническая картина заболзания развивается медленно, и поэтому больные длительное время сохраняют трудоспособность. В зависимости от параметров вибрации, продолжительности контакта, действия на организм других неблагоприятных факторов производства, таких, как физическое напряжение, охлаждение, запыленность и др., а также особенностей преморбидного состояния организма, у больного после 6—8 лет работы развивается вибрационная болезнь, характеризующаяся сочетанием различных клинических синдромов. Наиболее распространенными среди них являются вегетативно-сосудистая дистония, сочетающаяся во многих случаях с поражением периферической нервной системы, а также подкорково-стволовых или дисцефальных отделов головного мозга. Существенное место в клинической картине заболевания занимают функциональные расстройства центральной нервной системы, которые могут быть отнесены к астеническому синдрому.

Вибрационная болезнь, вызванная общей вибрацией, имеет в большинстве случаев стабильное течение. Несмотря на систематическое комплексное лечение, прекращение работы, связанной с вибрацией, а также значительным физическим напряжением, у больных на протяжении ряда лет не выявляется динамики клинических симптомов. Возвращение больных на прежнюю работу может привести к ухудшению здоровья и полной утрате трудоспособности. Напротив, своевременное рациональное трудоустройство и повторные курсы комбинированной терапии способствуют обратному развитию заболевания. Следует отметить, что регрессирующее течение вибрационной болезни, равно как прогрессирующее, при котором происходит нарастание

симптоматики, встречается сравнительно редко. Иногда отмечаются генерализованные сосудистые расстройства, сопровождающиеся церебральными или кардиальными кризами и другими изменениями нервной и сердечно-сосудистой систем.

Различают 4 стадии вибрационной болезни от общей вибрации. I стадия (начальная) характеризуется легкими вегетативно-сосудистыми расстройствами, лабильностью пульса и артериального давления, болями и онемением дистальных отделов рук и ног, астеническим симптомокомплексом, характеризующимся периодическими головными болями, раздражительностью, утомляемостью, бессонницей. II стадия (умеренно выраженных изменений) характеризуется вегетативно-сосудистыми расстройствами, сопровождающимися эмоциональными нарушениями, упорными головными болями, приступами головокружений, повышением, реже понижением и асимметрией артериального давления, редкими, 1—2 раза в месяц, ангиоспастическими кризами, стойкими болями и парестезиями в ногах и руках. III стадия (выраженных нарушений) отличается стойкими и тяжелыми вегетативно-сосудистыми расстройствами со стабильной артериальной гипертензией, частыми ангиоспастическими кризами, явлениями вегетативного полиневрита с резким болевым синдромом, очаговыми симптомами поражения подкорково-стволовой и дисцефальной областей, астеническим синдромом с аффективной неустойчивостью, колебаниями настроения, снижением памяти. IV стадия (генерализованных изменений нервной и сердечно-сосудистой систем) развивается при длительном воздействии общей вибрации у лиц, перенесших ранее тяжелые травмы, интоксикации, инфекционно-аллергические и соматические заболевания. В этой стадии, наблюдающейся крайне редко, отмечаются выраженные нарушения мозгового кровообращения, стволово-дисцефальные расстройства с частыми приступами дисцефальной эпилепсии, эмоционально-волевые и интеллектуально-мнестические расстройства психики.

При благоприятном течении заболевания, эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий больные могут признаться трудоспособными в своей профессии с некоторыми ограничениями по заключению ВКК.

В ряде случаев трудоустройство больных на работу равной квалификации, но не связанную с неблагоприятными факторами производства, может осуществляться по решению ВКК лечебного учреждения. При снижении заработной платы ВТЭК на основании запроса предприятия определяет степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах. Согласно приказу Министерства соц. обеспечения РСФСР № 8 от 24 января 1972 г., в этих случаях утрата профессиональной трудоспособности не должна превышать 25%. Если проведенная терапия и другие лечебно-профилактические мероприятия оказались неэффективными, а трудоустройство на работу равной квалификации по заключению ВКК невозможно, больных следует направить на ВТЭК для определения группы инвалидности и соответствующих трудовых рекомендаций.

При экспертизе трудоспособности больных вибрационной болезнью от общей вибрации необходимо учитывать все клинические синдромы заболевания, выделяя в качестве основного тот синдром, который обуславливает нарушение функции и приводит к снижению трудоспособности.

Трудоспособность больных с синдромом вегетативно-сосудистой дистонии определяется степенью выраженности нервно-сосудистых

расстройств в межприступном периоде, а также частотой и тяжестью ангиоспастических кризов. Как правило, вегетативно-сосудистая дистония не снижает трудоспособности больных. Умеренно выраженное стойкое повышение или снижение артериального давления, редкие вегетативно-сосудистые пароксизмы (4—5 в год) приводят к ограничению трудоспособности таких больных.

При частых и тяжелых церебральных и кардиальных ангиоспастических кризах (1—2 раза в неделю), выраженных вегетативно-сосудистых расстройствах в межкризовом периоде больные признаются нетрудоспособными.

Трудоспособность больных вибрационной болезнью с подкорково-стволовым синдромом во многом определяется тяжестью вестибулярных расстройств. При умеренно выраженных вестибулярных нарушениях больные нуждаются в трудоустройстве на работу, не связанную с воздействием вибрации, охлаждением, шумом, значительным физическим напряжением. Если трудоустройство сопровождается снижением квалификации, ВТЭК устанавливает больному III группу инвалидности. Вестибулярные расстройства, как правило, не приводят к полной утрате трудоспособности. Трудоспособность больных вибрационной болезнью с синдромом вегетативного полиневрита, протекающего с незначительным болевым синдромом, без двигательных и нервно-трофических расстройств, сохраняется в основной профессии. В тех случаях, когда наблюдаются умеренно выраженный болевой синдром, нарушения трофических и двигательных функций верхних конечностей, больные нуждаются в переводе на работу без противопоказанных факторов. Если трудоустройство в показанных условиях и видах труда связано со снижением квалификации, больным определяется III группа инвалидности.

При вегетативном полиневрите со стойким болевым синдромом, не купирующимся длительным лечением и сочетающимся с выраженными нарушениями двигательных и нервно-трофических функций (парез, атрофия мышц), трудоспособность больных в обычных производственных условиях утрачивается.

Клинические критерии оценки трудоспособности и определения групп инвалидности при вибрационной болезни таковы: III группа инвалидности определяется лицам с умеренно выраженными вегетативно-сосудистыми нарушениями со стойкой артериальной гипер- или гипотонией, нечастыми ангиоспастическими кризами, умеренно выраженными вестибулярными нарушениями, болевым синдромом в дистальных отделах конечностей, препятствующими выполнению работы по основной профессии, когда трудоустройство больных сопровождается снижением квалификации; II группа инвалидности определяется лицам с выраженными формами вегетативно-сосудистой дистонии со стойкой артериальной гипер- или гипотонией, частыми церебральными или кардиальными ангиоспастическими кризами, тяжелыми стволово-вестибулярными нарушениями, стойким, не купирующимся в процессе длительного лечения, болевым синдромом и нервно-трофическими расстройствами в дистальных отделах конечностей, астено-органическими расстройствами, когда больному противопоказан или недоступен любой труд в обычных производственных условиях; I группа инвалидности определяется лицам с генерализованными сосудистыми нарушениями, протекающими с тяжелыми расстройствами речи, органическими изменениями психики, обуславливающими необходимость постоянного постороннего ухода.

## ВТЭ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА<sup>1</sup>

Профессиональные заболевания пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы чаще встречаются у рабочих тех отраслей промышленности, где еще недостаточно механизация трудовых процессов и применяется тяжелый физический труд. Наиболее распространены следующие заболевания профессионального генеза: люмбагия мышц, пояснично-крестцовый радикулит, дискогенный корешковый синдром.

Большое значение в диагностике названных заболеваний имеет рентгенологическое исследование позвоночника, которое помогает установить причину и уточнить локализацию процесса. Профессиональный генез заболеваний устанавливается на основе данных анамнеза, профмаршрута (продолжительность работы в контакте с профвредностями), санитарно-гигиенической характеристики условий труда, составленной промышленно-санитарным врачом санэпидстанции.

*Люмбагия мышц* характеризуется появлением сильных болей в области поясницы обычно после резкого наклона или поворота туловища, подъема тяжести, когда происходит активное сокращение соответствующих мышц. С напряжением мышц спины связаны изменения конфигурации позвоночника, в частности в виде сглаженности поясничного лордоза, сочетающегося со сколиозом. Расстройств чувствительности и изменений рефлексов обычно не выявляется. Острые люмбагии чаще всего приводят к временной утрате трудоспособности.

*Пояснично-крестцовый радикулит.* Пояснично-крестцовый радикулит, связанный с воздействием неблагоприятных факторов производства, протекает длительно, с частыми обострениями, вызванными выполнением больным производственных операций. Это заболевание характеризуется упорными болями в пояснично-крестцовой области, иррадирующими в ягодицу, бедро, голень. Боли могут усиливаться при движениях в поясничном отделе позвоночника, охлаждении, физическом напряжении. Отмечается болезненность при надавливании на точки Валле, положительные симптомы натяжения. Наряду со сглаженностью поясничного лордоза, нередко выявляется сколиоз с выпуклостью в больную сторону. Отмечаются расстройства чувствительности, снижение или отсутствие ахиллова рефлекса на стороне заболевания. При поражении верхних поясничных корешков происходит снижение коленного рефлекса. Иногда наблюдается одностороннее повышение брюшных и кремастерных рефлексов. В то же время подошвенный рефлекс снижается или вообще отсутствует. Двигательные расстройства у больных характеризуются затруднениями при ходьбе, ограничением объема движений в поясничном отделе позвоночника, тазобедренном, коленном и голеностопном суставах.

Профессиональные болезни периферической нервной системы отличаются длительным течением и частыми обострениями, которые возникают под действием неблагоприятных факторов производства. Несмотря на длительное течение и частые обострения, рассматриваемые заболевания, кроме дискогенных корешковых синдромов, протекают благоприятно и редко сопровождаются грубыми нарушениями двигательных, рефлекторных и трофических функций.

<sup>1</sup> См. литературу № 16.

В остром периоде, а также при обострении заболевания больные подлежат активному лечению и признаются временно нетрудоспособными. У многих лиц после проведенного медикаментозного и физиотерапевтического лечения наблюдается полное восстановление трудоспособности. При недостаточной эффективности лечения, частых и продолжительных обострениях в ряде случаев бывает необходимо трудоустроить больных на другую работу равной квалификации, не связанную с подъемом тяжести, частыми наклонами и поворотами туловища, резкими колебаниями температуры окружающей среды и др., в соответствии с заключением ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Показаниями для направления на ВТЭК больных с профессиональными заболеваниями пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы служат стойкий болевой синдром, не купирующийся длительным (в течение 3—4 мес) лечением; частые и продолжительные рецидивы болезни, связанные с воздействием неблагоприятных факторов производства, которые препятствуют выполнению работы по основной профессии; невозможность трудоустройства на работу равной квалификации вне контакта с профвредностями по решению ВКК.

Критериями определения III группы инвалидности являются: стойкий, умеренно выраженный болевой синдром; периодические (1—2 раза в месяц) обострения заболевания, связанные с выполнением работы по основной специальности; выраженные вегетативно-трофические нарушения поясничной области и нижних конечностей, которые препятствуют выполнению работы по основной профессии; при необходимости перевода больных на другую работу, сопровождающегося снижением квалификации или значительным сокращением объема производственной деятельности.

Критериями для определения II группы инвалидности являются резко выраженный болевой синдром, частые (3—4 раза в месяц) обострения заболевания.

I группа инвалидности при заболевании пояснично-крестцовой области профессионального генеза определяется крайне редко лицам, нуждающимся в постороннем уходе, вследствие развития паралича нижних конечностей и грубой атрофии мышц.

При установлении во ВТЭК причинной роли профвредностей, указанных в санитарно-гигиенической характеристике, в развитии заболевания, а также связи начала болезни и последующих обострений с выполнением свидетельствуемым обычных производственных операций причина инвалидности определяется как «профессиональное заболевание».

## **ВТЭ ТКАЧИХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА<sup>1</sup>**

Заключение о состоянии трудоспособности лиц, страдающих прогрессирующим понижением слуха вследствие поражения внутреннего уха и работающих в условиях систематического производственного шума и вибрации, следует выносить исходя из требований, предъявляемых профессией к органу слуха.

<sup>1</sup> См. литературу № 17.

В профессиях, в которых понижение слуха препятствует работе (испытатели моторов, пилоты, бортмеханики и др.), при оценке трудоспособности следует исходить из восприятия свидетельствуемым шепотной речи, являющейся показателем остроты слуха. В профессиях, в которых понижение слуха не мешает полноценному выполнению работы (обрубщики, чеканщики, ткачихи, прядильщицы и др.), во внимание также принимается стаж работы.

При стаже работы до 10 лет у лиц молодого возраста следует исходить из восприятия шепотной речи. Резкое снижение восприятия шепотной речи следует рассматривать как признак быстрого прогрессирования патологического процесса, что служит противопоказанием к продолжению работы в прежних условиях систематического сильного производственного шума и вибрации. При стаже работы свыше 10 лет у лиц пожилого возраста следует исходить из восприятия разговорной речи, учитывая возрастные изменения слуха. При восприятии разговорной речи нормальной громкости на расстоянии не менее 3 м на каждое ухо, что позволяет беспрепятственно общаться с окружающими, больные могут продолжать работу в своей профессии. В подобных случаях необходимо динамическое наблюдение за состоянием слуха.

Вестибулярные нарушения у лиц, работающих в условиях сильного производственного шума и вибрации, следует рассматривать как профессиональное заболевание, препятствующее продолжению работы в этих условиях.

### **ВТЭ И ТРУДОУСТРОЙСТВО БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ УГЛЕВОДОРОДАМИ<sup>1</sup>**

В зависимости от концентрации и степени токсичности углеводородов, воздействия других неблагоприятных факторов производства, а также особенностей преморбидного состояния у лиц, работающих в течение 10 лет на предприятиях нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности, постепенно начинает развиваться хроническое отравление, которое характеризуется поражением ряда органов и систем. Ведущим клиническим проявлением хронической интоксикации углеводородами является развитие токсического неинфекционного гепатита, который нередко сочетается с вегетативно-сосудистыми расстройствами, поражением центральной нервной системы со стволово-вестибулярным синдромом или периферической нервной системы с синдромом вегетативного полиневрита. Степень выраженности каждого из перечисленных синдромов варьирует в значительных пределах, что затрудняет диагностику и решение вопросов ВТЭ.

Принято выделять три типа течения хронической профессиональной интоксикации углеводородами: стабильный, прогрессивный и регрессивный. У большинства больных наблюдается стабильное или прогрессивное течение интоксикации, при котором, несмотря на прекращение контакта с токсическими веществами и систематическое лечение, в течение ряда лет не отмечается обратного развития клинической симптоматики либо, напротив, происходит ухудшение состояния. Реже наблюдается регрессивное течение, когда выраженность отдельных проявлений интоксикации постепенно уменьшается.

При ранних проявлениях хронической интоксикации, характеризующихся небольшим увеличением печени без нарушения ее функций,

<sup>1</sup> См. литературу № 18.

легкими вегетативно-сосудистыми и астеническими расстройствами, больным следует назначить медикаментозное, физио- и бальнеотерапевтическое лечение и в случае необходимости предоставить ограничения по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений. Кроме того, ВКК может осуществить трудоустройство больного на работу, не связанную с воздействием противопоказанных факторов.

Если больной трудоустроен без снижения квалификации, но с уменьшением заработной платы, ВТЭК определяет степень утраты трудоспособности в процентах (до 25%). В тех случаях, когда больной переведен на работу более низкой квалификации и признан инвалидом III группы, необходимо его переобучение новой профессии, равной по квалификации основной профессии.

При развитии у больного тяжелого поражения печени с нарушением ее функций, выраженных вегетативно-сосудистых расстройств либо астеноорганических изменений психики, препятствующих выполнению работы в обычных производственных условиях, ВТЭК определяет II группу инвалидности.

Критериями для установления III группы инвалидности служат: умеренно выраженные проявления токсического гепатита (увеличенная и болезненная печень с нарушением белковообразовательной, антитоксической и пигментной функций); умеренная рассеянная органическая симптоматика поражения головного мозга, преимущественно стволово-вестибулярных отделов; умеренно выраженные вегетативно-сосудистые нарушения с артериальной гипер- или гипотонией, редкими ангиоспастическими кризами; астенические расстройства, препятствующие продолжению работы по основной профессии, связанной с воздействием токсических веществ, когда трудоустройство больного в показанных видах и условиях труда связано со снижением квалификации.

Критериями для определения II группы инвалидности служат: токсический гепатит прогрессирующего течения с глубокими нарушениями функций печени; токсическая энцефалопатия, протекающая с выраженными очаговыми поражениями головного мозга, преимущественно стволово-вестибулярной локализации; тяжелые вегетативно-сосудистые нарушения со стойкой артериальной гипертензией, частыми церебральными либо кардиальными ангиоспастическими кризами; астеноорганические нарушения психики, сопровождающиеся снижением интеллектуально-мнестических функций, памяти, галлюцинаторными переживаниями.

I группа инвалидности определяется больным с хронической интоксикацией углеводородами при генерализованных сосудистых нарушениях с тяжелыми расстройствами мозгового или коронарного кровообращения, гемиплегией, сердечной недостаточностью III степени, грубыми изменениями психики, что требует постоянного постороннего ухода.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (В ТОМ ЧИСЛЕ В КЛИНИКАХ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ, ИНСТИТУТОВ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ И НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТИТУТОВ)

Утверждено Министерством здравоохранения СССР от 14 июля 1975 г.  
№ 06-14/6. Согласовано с ВЦСПС 8 августа 1975 г.

#### 1. Общие положения.

Экспертиза временной нетрудоспособности трудящихся осуществляется в учреждениях здравоохранения врачом или комиссией врачей, которые предоставляют отпуска по болезни и увечью, по беременности и родам, по уходу за больным членом семьи и по карантину, для протезирования, санаторно-курортного лечения, определяют необходимость и сроки временного перевода работника по болезни на другую работу в установленном порядке в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи больничных листов.

1. Задачей экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях (в том числе в клиниках высших медицинских учебных заведений, научно-исследовательских институтов и институтов усовершенствования врачей) является определение у рабочих, служащих и колхозников временной утраты трудоспособности; рекомендация соответствующих условий труда для лиц, не имеющих группы инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в особых условиях труда (постоянно или временно); выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности у рабочих, служащих и колхозников и направление их для освидетельствования во ВТЭК.

2. Ответственность за постановку экспертизы временной нетрудоспособности в учреждениях здравоохранения республики, края, области, города, района, независимо от их подчиненности, возлагается на руководителей Министерства здравоохранения союзных (автономных) республик, краевых, областных, городских, районных отделов здравоохранения, главных врачей лечебно-профилактических учреждений, ректоров (директоров) высших медицинских учебных заведений, институтов усовершенствования врачей, научно-исследовательских институтов, а в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях, кроме того, на руководителей медицинских управлений соответствующих министерств и ведомств.

3. Организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности, систематический контроль за ее качеством и выдачей больничных листов (справок) осуществляется:

а) в республике, крае, области — руководителями органов здравоохранения, главными специалистами органов здравоохранения по соответствующей специальности;

б) в лечебно-профилактических учреждениях — заместителями главных врачей по экспертизе временной нетрудоспособности; в лечебно-



профилактических учреждениях, где должность заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности не предусмотрена, — главными врачами;

в) в клиниках высших медицинских учебных заведений, институтов усовершенствования врачей и научно-исследовательских институтов — проректором (зам. директора по лечебной части).

4. Выдача, продление и закрытие больничных листов производятся в установленном порядке лечебно-профилактическими учреждениями при промышленных предприятиях, по месту жительства рабочего, служащего, колхозника или теми лечебно-профилактическими учреждениями, к которым прикреплены предприятия.

При этом следует исходить из того, чтобы нетрудоспособные трудящиеся меньше затрачивали времени на проезд к лечебно-профилактическому учреждению, а больным, нуждающимся в соблюдении постельного режима, оказывалась медицинская помощь на дому.

## II. Обязанности лечащего врача.

### 5. Лечащий врач:

а) на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования больного и исходя из степени выраженности функциональных нарушений, характера и течения патологического процесса, выполняемой работы, условий труда решает вопрос о выдаче, продлении или закрытии больничного листа (справки) при временной нетрудоспособности, по уходу за больным членом семьи, по беременности и родам, руководствуясь Инструкцией о порядке выдачи больничных листов.

По карантину больничный листок выдается врачом-эпидемиологом, а в случае его отсутствия — санитарным или лечащим врачом;

б) выдает больничные листки (справки) каждый раз не более чем на 3 дня, а в общей сложности по данному случаю заболевания или увечья не более чем на 6 дней. Продление больничного листа (справки) сверх 6 дней проводится лечащим врачом только после утверждения врачебно-консультационной комиссией (главным врачом) лечебно-профилактического учреждения либо иным лицом, которому предоставлено право его продления (зав. отделением, зам. главного врача);

в) выдает больничные листки (справки) при посещении больных на дому лицам, признанным временно нетрудоспособными, в связи с чем при выходе на участок врач обязан иметь при себе необходимое количество бланков больничных листов (справок);

г) дает рекомендации на санаторно-курортное лечение, диетическое питание и совместно с комиссией по социальному страхованию при фабрично-заводских и местных комитетах профсоюзов рассматривает вопросы о распределении путевок на санаторно-курортное лечение, на диетическое питание, в санатории-профилактории;

д) представляет больного заведующему отделением или заместителю главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности (главному врачу) на консультацию для решения вопросов о дальнейшем лечении и необходимости продления больничного листа (справки) в сроки, установленные Инструкцией о порядке выдачи больничных листов и других экспертных вопросов;

е) совместно с заведующим отделением представляет на ВКК больных, находящихся на амбулаторном или стационарном лечении и имеющих признаки стойкой утраты трудоспособности, независимо от продолжительности болезни, для решения вопроса о направлении их на освидетельствование во ВТЭК.

ж) выдает совместно с заведующим отделением больничный листок (справку) больному за все время лечения в стационаре. Если трудоспособность больного в стационаре восстановилась, больничный листок закрывается и больной выписывается на работу. Если больной при выписке из стационара временно нетрудоспособен, больничный листок (справка) подлежит продлению с учетом состояния здоровья и времени, необходимого для явки в лечебное учреждение по месту жительства, работы или вызова врача на дом, но не более чем до 10 дней;

з) фиксирует в первичных медицинских документах установленной формы анамнестические и объективные данные, послужившие основанием для выдачи больничного листка (справки), назначенные лечебные и оздоровительные мероприятия, рекомендуемый режим, консультации, номер больничного листка (справки), срок, на который он выдан; устанавливает дату последующей явки больного на прием, направления во ВТЭК;

и) анализирует заболеваемость с временной утратой трудоспособности и инвалидность среди трудящихся на обслуживаемом предприятии, совхозе, колхозе и совместно с хозяйственными и профсоюзными организациями принимает участие в разработке мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и инвалидности.

6. В местностях, где нет лечащих врачей, а также на плавающих судах, право выдачи больничного листка может быть предоставлено фельдшеру, заведующему фельдшерско-акушерским или медицинским пунктом; список этих фельдшеров и сроки, на которые они могут выдавать больничные листки, устанавливаются министерствами здравоохранения союзных (автономных) республик, краевыми, областными отделами здравоохранения.

### III. Обязанности заведующего отделением.

#### 7. Заведующий отделением обязан:

а) осуществлять контроль за своевременностью и полнотой обследования, диагностики и лечения больных в отделении, за соблюдением врачами правил оформления, выдачи, закрытия и продления больничных листков (справок), направлением их во ВТЭК.

б) совместно с лечащим врачом после осмотра больного (с привлечением в необходимых случаях других специалистов) решать вопрос о дальнейшем лечении его и продлении больничных листков сверх срока, в течение которого лечащий врач имеет право выдавать больничный листок, а также назначать дату следующего осмотра больного; при длительных заболеваниях осмотры производятся в зависимости от тяжести заболевания, но не реже, чем 1 раз в 10 дней;

в) совместно с лечащим врачом выдавать больничные листки (справки) больным в стационарах в пределах установленных сроков, при выписке больных из стационара за время пребывания их на лечении или матери по уходу за больным ребенком в возрасте до 1 года, а также тяжелобольным ребенком старшего возраста в случае, если ее пребывание в стационаре безусловно необходимо;

г) по представлению лечащего врача консультировать больных со сложными в отношении определения трудоспособности заболеваниями, а также больных со стойкой утратой трудоспособности и совместно с ВКК решать вопрос о направлении их во ВТЭК;

д) совместно с лечащим врачом выдавать санаторно-курортные карты лицам, нуждающимся в санаторно-курортном лечении, проводить анализ работы врачей по экспертизе временной нетрудоспособности, организовывать разбор наиболее часто встречающихся ошибок

в выдаче, продлении и оформлении больничных листков, осуществлять показ лучших форм и методов работы, а также проводить мероприятия по повышению квалификации врачей отделения по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

е) обеспечить оказание преимущественной медицинской помощи рабочим промышленных предприятий, совхозов и членам колхозов, предоставляя возможность им первоочередной госпитализации, направления на обследование и лечебные процедуры, на консультации к другим специалистам и др.;

ж) осуществлять организационно-методическое руководство и контроль за работой лечащих врачей по изучению и профилактике заболеваемости и инвалидности среди обслуживаемого контингента, разрабатывать мероприятия по снижению заболеваемости и инвалидности.

8. В лечебных учреждениях, не имеющих отделений по специальностям, функции заведующего отделением по решению вопросов экспертизы трудоспособности возлагаются на заместителя главного врача по экспертизе (главного врача).

**IV. Обязанности заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности, заместителя директора по лечебной части.**

9. Заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности (заместитель директора по лечебной части) осуществляет организацию работы и проводит все необходимые мероприятия для правильной постановки экспертизы трудоспособности как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных учреждениях, в частности:

а) организует мероприятия по повышению квалификации врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности; обеспечивает своевременное изучение всеми врачами лечебно-профилактического учреждения действующих положений, инструкций, приказов и распоряжений по вопросам экспертизы трудоспособности и выдачи больничных листков (справок);

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

в) по представлению заведующего отделением, а там, где его нет, по представлению лечащего врача, консультирует больных со сложными в отношении определения трудоспособности заболеваниями и после личного осмотра больных с привлечением необходимых специалистов решает вопрос о дальнейшем лечении, состоянии трудоспособности, продлевает больничные листки в пределах установленных сроков;

г) контролирует правильность экспертизы путем систематической выборочной проверки обоснованности выдачи и продления больничных листков (справок), а также правильности их оформления, с изучением индивидуальных карт амбулаторного больного, а в необходимых случаях личным осмотром больного;

д) ежеквартально организует врачебные конференции по вопросам состояния заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности с обсуждением на них допущенных ошибок при определении временной нетрудоспособности;

е) обеспечивает анализ длительности пребывания на больничных листах по отделениям, по эпидемиологическим формам заболеваний, намечает меры по возможному сокращению этих сроков за счет

улучшения качества обследования, диагностики и лечения больных в поликлинике, стационаре, правильной организации приема и выписки больных, своевременной консультации специалистов;

ж) организует работу врачей по изучению причин заболеваемости и инвалидности по предприятиям, совхозам, колхозам, прикрепленным для оказания медицинской помощи к данному учреждению здравоохранения, совместно с руководителями указанных предприятий, колхозов, профсоюзными организациями, санитарно-эпидемиологическими станциями принимает участие в осуществлении мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и инвалидности;

з) обеспечивает постоянный контакт с соответствующими ВТЭК, организует учет и анализ расхождений экспертных решений ВКК и ВТЭК, проводит совместные врачебные конференции (не реже 2 раз в год) с обсуждением ошибок, допущенных в диагностике заболеваний, экспертизе трудоспособности;

и) рассматривает жалобы трудящихся по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности и принимает необходимые меры к устранению причин, вызывающих жалобы.

**V. Обязанности руководителя учреждения (главного врача, ректора, директора института).**

10. Руководитель учреждения:

а) несет ответственность за состояние всей работы по экспертизе временной нетрудоспособности;

б) с учетом особенностей работы учреждения устанавливает место оформления и выдачи больничных листов (справок) — в кабинете врача, регистратуре; назначает лиц, ответственных за учет, получение, хранение и расходование бланков больничных листов (справок) в соответствии с Инструкцией о порядке распределения, хранения и учета бланков больничных листов в органах здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях; определяет потребность в бланках больничных листов (справок) и представляет заявку в вышестоящий орган здравоохранения о потребности в бланках больничных листов (справок) и отчитывается об их использовании;

в) устанавливает порядок и время работы ВКК применительно к часам работы врачей, утверждает план работы по повышению квалификации врачей по вопросам экспертизы трудоспособности и принимает меры по его осуществлению;

г) издает приказы и отдает распоряжения, касающиеся вопросов организации и состояния работы по экспертизе временной нетрудоспособности;

д) применяет меры дисциплинарного воздействия к работникам, допустившим нарушения правил хранения, учета, выдачи и оформления больничных листов (справок), а в установленных законом случаях ставит вопрос о привлечении виновных к уголовной ответственности; решает в установленном законом порядке вопрос о материальной ответственности работников, причинивших ущерб незаконной выдачей больничных листов; во всех случаях хищения больничных листов сообщает в вышестоящий орган здравоохранения.

11. Руководитель учреждения (республиканской, краевой, областной, центральной районной больницы, соответствующего диспансера) систематически организует проверки состояния экспертизы временной нетрудоспособности в городских, районных больницах, на сельских врачебных участках, фельдшерско-акушерских пунктах, а также оказывает организационную и методическую помощь врачам и фельдшерам, которым предоставлено право выдачи больничных листов.

12. Руководитель учреждения, в котором не имеется должности заместителя главного врача по экспертизе, решает все вопросы, предусмотренные разделом IV настоящего Положения, решает вопросы о выдаче и продлении больничных листков (справок) больным, у которых временная нетрудоспособность наступила вне места постоянного жительства или работы.

**VI. Организация работы и функции врачебно-консультационной комиссии (ВКК).**

13. Врачебно-консультационная комиссия:

а) организуется в лечебно-профилактических учреждениях (больницах, амбулаторно-поликлинических учреждениях, диспансерах, женских консультациях и др.), клиниках высших медицинских учебных заведений, институтов в составе заместителя главного врача по экспертизе (главного врача) — председатель ВКК, заведующего соответствующим отделением и лечащего врача. В случае необходимости для консультации могут привлекаться соответствующие специалисты данного или других учреждений;

б) решает клинико-экспертные вопросы только после личного осмотра больного и изучения данных медицинского обследования. На ВКК больные направляются заводским, лечащим врачом;

в) разрешает сложные и конфликтные вопросы экспертизы трудоспособности, проверяет правильность проведенного обследования, установленного диагноза, назначенного лечения, обоснованности выдачи и продления больничных листков; дает рекомендации по рациональному трудоустройству больных, проводит продление больничных листков в пределах сроков, установленных действующим законодательством;

г) при необходимости направляет больных на консультацию и лечение в специализированные лечебные учреждения.

14. ВКК направляет на освидетельствование во ВТЭК:

а) больных, имеющих длительную или постоянную утрату трудоспособности, — независимо от сроков пребывания на больничном листке (справке), но не позднее 4 мес со дня наступления нетрудоспособности или не позднее 5 мес нетрудоспособности в общей сложности по поводу данного заболевания в течение последних 12 мес при повторных заболеваниях, а при туберкулезе — не позднее 10 мес со дня наступления нетрудоспособности или не позднее 10 мес в общей сложности в течение последних 12 мес при повторном заболевании туберкулезом;

б) больных и инвалидов для определения степени (процента) утраты трудоспособности вследствие увечья или иного повреждения здоровья, связанного с работой;

в) инвалидов с детства и инвалидов для пересвидетельствования и других.

15. ВКК в установленном законом порядке выдает заключения рабочим, служащим и колхозникам:

а) о необходимости по состоянию здоровья их временного или постоянного перевода на работу с облегченными условиями труда или на работу с исключением противопоказанных производственных факторов; при этом ВКК определяет характер рекомендуемой работы с учетом квалификации больного;

б) о необходимости перевода на работу, соответствующую состоянию трудоспособности лиц, имеющих стойкое ограничение трудоспособности, но не подлежащих направлению на ВТЭК и не нуждающихся в освобождении от работы по больничному листку (справке);

в) о необходимости временного перевода на другую работу рабочих, служащих, колхозников при карантине и бактерионосителей инфекционных болезней (совместно с органами санэпидслужбы);

г) о необходимости предоставления академического отпуска или перевода на другой факультет по состоянию здоровья студентам высших учебных заведений, учащимся техникумов, профессионально-технических училищ, школ.

16. ВКК выдает и продлевает больничные листки в соответствии с действующим законодательством:

а) для специального лечения в другом городе с утверждением районного, городского отдела здравоохранения;

б) для отпуска на санаторно-курортное лечение;

в) по уходу за больным членом семьи.

17. ВКК проводит досрочное переосвидетельствование лиц, находящихся на больничном листке (справке), по представлению доверенного врача совета профсоюзов при выявлении нарушений экспертизы трудоспособности или невыполнении больным назначенного врачом режима.

18. Данные освидетельствования больного и решение ВКК записываются в первичных медицинских документах установленной формы, а также в книге записей заключений ВКК (уч. ф. 35) и подписываются председателем ВКК и лечащим врачом.

В каждом случае продления свыше 6 дней больничный листок (справка) в соответствующей графе подписывается лечащим врачом и лицом, санкционирующим продление.

Больничные листки (справки), выданные иногородним больным, кроме того, подписываются главным врачом и заверяются печатью лечебно-профилактического учреждения.

**VII. Обязанности главного специалиста Министерства (отдела) здравоохранения.**

Главный специалист Министерства (отдела) здравоохранения по своей специальности (терапевт, хирург, невропатолог, педиатр, акушер-гинеколог, психиатр и т. д.):

а) осуществляет мероприятия по улучшению постановки экспертизы трудоспособности и обеспечивает качественное ее проведение в республике (крае), области;

б) проводит совместно с органами социального обеспечения мероприятия по систематическому повышению квалификации врачей по вопросам экспертизы трудоспособности;

в) обобщает опыт и проводит анализ допускаемых врачами ошибок в экспертизе трудоспособности (по данной специальности);

г) осуществляет контроль и выборочную проверку работы по вопросам экспертизы трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях;

д) обеспечивает изучение причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности и принимает участие в разработке мероприятий по их снижению;

е) осуществляет консультативную работу по вопросам экспертизы трудоспособности по своей специальности.

**VIII. Заключительные положения:**

19. Жалобы трудящихся на действия врачей в части выдачи и оформления больничных листков (справок) разрешаются главным врачом, а при наличии в учреждениях ВКК — этой комиссией.

В случае, если ВКК не может разрешить сложные и конфликтные вопросы экспертизы временной нетрудоспособности, главный

врач создает специальную комиссию для повторного рассмотрения этих вопросов.

20. С изданием настоящего Положения считать утратившим силу Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях, утвержденное Министерством здравоохранения СССР 20 августа 1957 г. и согласованное с ВЦСПС 23 августа 1957.

## ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ЭКСПЕРТНЫХ КОМИССИЯХ (ВТЭК)

Утверждено постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС  
от 11 марта 1963 г. № 299

### I. Общие положения.

1. ВТЭК находятся в ведении органов социального обеспечения.
2. На ВТЭК возлагается:
  - определение постоянной или длительной утраты трудоспособности и установление групп инвалидности;
  - установление времени наступления инвалидности;
  - установление причин инвалидности среди трудящихся;
  - определение по поручению органов социального обеспечения причин смерти кормильца для решения вопросов о назначении пенсии членам семьи умершего;
  - определение для инвалидов условий и характера труда, доступных по состоянию здоровья<sup>1</sup>;
  - определение мероприятий, способствующих восстановлению трудоспособности инвалидов (профессиональное обучение, переквалификация, восстановительное лечение, протезирование и рабочие приспособления, определение нуждасности в мотоколяске, автомобиле с ручным управлением и др.);
  - изучение условий труда работающих инвалидов непосредственно на предприятиях (в учреждениях, организациях) и в сельском хозяйстве с целью выявления работ и профессий, доступных инвалидам, и проверки правильности трудового устройства инвалидов;
  - ознакомление врачей лечебно-профилактических учреждений с принципами и методами врачебно-трудовой экспертизы;
  - установление степени утраты трудоспособности рабочими и служащими, получившими увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой, для определения размера возмещения предприятиями (учреждениями и организациями) причиненного ущерба.

### II. Организация работы и состав ВТЭК.

3. Для осуществления экспертизы трудоспособности министерствами социального обеспечения автономных республик, отделами социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, Московского и Ленинградского горисполкомов организуются следующие органы врачебно-трудовой экспертизы:

а) городские, межрайонные и районные ВТЭК, которые состоят из 3 врачей-экспертов (терапевта, хирурга, невропатолога), представи-

<sup>1</sup> Лицам, не признанным инвалидами, заключения об изменении условий труда даются лечебными учреждениями.

теля соответствующего отдела социального обеспечения и представителя профсоюзной организации. Председателем комиссии назначается один из врачей-экспертов;

б) городские и межрайонные ВТЭК для экспертизы трудоспособности лиц, больных туберкулезом. Эти комиссии организуются на базе противотуберкулезных диспансеров и состоят из 3 врачей-экспертов (2 фтизиатров и невропатолога), представителя соответствующего отдела социального обеспечения и представителя профсоюзной организации. Председателем комиссии назначается один из врачей-фтизиатров;

в) городские и межрайонные ВТЭК для экспертизы трудоспособности лиц с психическими заболеваниями. Комиссии эти организуются на базе психоневрологических диспансеров и больниц и состоят из 3 врачей-экспертов (2 психиатров и терапевта), представителя соответствующего отдела социального обеспечения и представителя профсоюзной организации. Председателем комиссии назначается один из врачей-психиатров;

г) городские и межрайонные ВТЭК для экспертизы трудоспособности лиц с заболеваниями и дефектами органа зрения. Комиссии эти организуются на базе глазных отделений городских и межрайонных поликлиник и состоят из 3 врачей-экспертов (2 окулистов, терапевта или невропатолога), представителя соответствующего отдела социального обеспечения и представителя профсоюзной организации. Председателем комиссии назначается один из врачей-окулистов;

д) городские и межрайонные ВТЭК для экспертизы трудоспособности лиц с онкологическими заболеваниями. Комиссии эти организуются на базе онкологических диспансеров и состоят из 3 экспертов-онкологов (различных профилей), представителя соответствующего отдела социального обеспечения и представителя профсоюзной организации. Председателем комиссии назначается один из врачей-экспертов.

4. Председатель и члены городских, межрайонных и районных ВТЭК утверждаются министрами социального обеспечения автономных республик, заведующими отделами социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, Московского и Ленинградского горисполкомов по согласованию с соответствующими органами здравоохранения.

Председателем ВТЭК назначается наиболее опытный врач-эксперт. Он является ведущим экспертом в комиссии, несет ответственность за правильную организацию работы этой комиссии, за юридическую и клинико-экспертную обоснованность принимаемых ею решений. Председатель ВТЭК организует изучение причин и динамики инвалидности в районе деятельности комиссии, информирует о результатах изучения органы социального обеспечения и здравоохранения, профсоюзные и другие организации, ведет прием населения по вопросам трудовой экспертизы. Председатель постоянно действующей ВТЭК состоит на основной работе в этой комиссии.

В штате всех ВТЭК имеется медицинский регистратор, а в комиссиях, работающих 5 и более дней в неделю, дополнительно утверждается должность старшей медицинской сестры.

Примечание. В случаях необходимости, с учетом особенностей краевой патологии, с разрешения Министерства социального обеспечения РСФСР, могут быть организованы специализированные врачебно-трудовые экспертные комиссии других профилей.



Старшая медицинская сестра и медицинский регистратор назначаются и освобождаются от должности председателем ВТЭК и состоят на основной работе в этих комиссиях.

5. ВТЭК организуются на базе лечебно-профилактических учреждений, в которых имеются необходимые условия для всестороннего обследования больных (врачи по узким специальностям, диагностические кабинеты, лаборатории и др.).

Перечень лечебных учреждений, на базе которых организуются ВТЭК, устанавливается министерствами социального обеспечения автономных республик, отделами социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, Московского и Ленинградского горисполкомов совместно с соответствующими органами здравоохранения.

6. Органы здравоохранения предоставляют для ВТЭК удобные для приема больных помещения, обеспечивают необходимым медицинским и хозяйственным оборудованием (перечень оборудования утверждается Министерством здравоохранения РСФСР совместно с Министерством социального обеспечения РСФСР), создают условия, необходимые для культурного обслуживания больных, посещающих ВТЭК.

7. В республиканских (АССР), краевых и областных больницах выделяются койки или организуются отделения экспертизы трудоспособности, задачами которых являются уточнение клинического диагноза и изучение состояния функций организма больного в случаях, вызывающих затруднения для экспертизы трудоспособности при кратковременном обследовании в поликлинических учреждениях или во ВТЭК. На этой базе организуются изучение влияния краевой патологии на состояние трудоспособности, усовершенствование врачей-экспертов городов и районов, а также обучение студентов медицинских институтов основам трудовой экспертизы.

8. Расходы на оплату труда членов, консультантов, среднего и младшего медицинского персонала ВТЭК производятся за счет средств министерств социального обеспечения автономных республик, отделов социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, Московского и Ленинградского горисполкомов и рай(гор)исполкомов.

9. Городские, межрайонные, районные ВТЭК в течение рабочего дня (5,5 ч) принимают на экспертное обследование для решения вопроса о состоянии трудоспособности 15 больных, а специализированные ВТЭК принимают 10 больных.

Кроме того, специалисты ВТЭК оказывают консультативную помощь учреждениям здравоохранения и другим организациям, а также отдельным гражданам по вопросу оценки состояния трудоспособности, определения условий труда, показанных по состоянию здоровья.

10. В районах, в которых нет условий для организации специализированных ВТЭК, экспертизу трудоспособности лиц, больных туберкулезом, с психическими и онкологическими заболеваниями и с заболеваниями органа зрения проводят городские, межрайонные и районные ВТЭК на основании данных клинико-лабораторных исследований, произведенных соответствующими специалистами. Экспертные решения этих ВТЭК о состоянии трудоспособности указанных больных вступают в силу с момента их вынесения, но подлежат утверждению соответствующими специализированными межрайонными экспертными комиссиями (или республиканскими (АССР), краевыми, областными ВТЭК, если отсутствуют межрайонные специализированные комиссии).

11. При министерствах социального обеспечения автономных республик, отделах социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, Московского и Ленинградского горисполкомов организуются ими соответственно республиканские (АССР), краевые, областные и центральные городские ВТЭК.

Эти экспертные комиссии состоят из 4 врачей и являются высшими органами врачебно-трудовой экспертизы и методическими центрами по экспертизе трудоспособности в автономной республике, крае, области, городах Москве и Ленинграде.

Председатель республиканской (АССР), краевой, областной, Московской и Ленинградской центральных городских ВТЭК является главным экспертом автономной республики, края, области, городов Москвы и Ленинграда по трудовой экспертизе.

В зависимости от объема работы по согласованию с Министерством социального обеспечения РСФСР республиканские (АССР), краевые, областные, Московская и Ленинградская центральные городские ВТЭК могут иметь один или несколько составов комиссий.

**Примечание.** В автономных республиках, краях и областях, в которых в зависимости от объема экспертной деятельности достаточно иметь одну специализированную комиссию того или иного профиля (для лиц, больных туберкулезом, с психическими заболеваниями и др.), такая комиссия может быть организована в виде специализированного состава республиканской (АССР), краевой или областной ВТЭК.

Председатели и члены республиканских (АССР), краевых, областных, Московской и Ленинградской центральных городских ВТЭК, а также средние медицинские работники находятся на основной работе в этих комиссиях.

Консультанты по узким специальностям и специалисты по методам функциональной диагностики могут привлекаться ВТЭК с почасовой оплатой труда.

Председатели ВТЭК, врачи-эксперты, консультанты, специалисты по методам функциональной диагностики (рентгенолог, электрофизиолог и др.) республиканских (АССР), краевых, областных, Московской и Ленинградской центральных городских ВТЭК утверждаются министрами социального обеспечения автономных республик, заведующими отделами социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, Московского и Ленинградского горисполкомов.

Средние и младшие медицинские работники в этих комиссиях назначаются и освобождаются от должности председателями ВТЭК.

Республиканские (АССР), краевые, областные, Московская и Ленинградская центральные городские ВТЭК организуются на базе соответствующих республиканских (АССР), краевых, областных и центральных городских лечебных учреждений, где имеются необходимые условия для всестороннего обследования больных.

В необходимых случаях указанные ВТЭК могут быть размещены в самостоятельных помещениях, предоставляемых местными Советами народных депутатов. В этих случаях в виде исключения штатное расписание обслуживающего персонала и соответствующие расходы на их содержание предусматриваются в государственном бюджете автономной республики, края, области, городов Москвы и Ленинграда.

Задачами республиканских (АССР), краевых, областных, Московской и Ленинградской центральных городских ВТЭК являются:

— внедрение в практику работы городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК научных принципов и методов экспер-

тизы трудоспособности, разрабатываемых научно-исследовательскими институтами экспертизы трудоспособности;

— осуществление мероприятий по повышению экспертной квалификации врачей-экспертов — членов городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК (стажировка, семинары, научно-практические конференции и др.);

— обобщение опыта экспертизы трудоспособности городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК, выявление экспертных ошибок в их работе и разработка мер, необходимых для устранения этих ошибок;

— проверка правильности и обоснованности экспертных решений городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК;

— оказание консультативной помощи врачам-экспертам — членам городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК в сложных случаях экспертизы путем выезда на место и по материалам экспертизы;

— освидетельствование лиц, обжаловавших решения городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК, а также освидетельствование в особо сложных случаях лиц по направлениям указанных экспертных комиссий;

— освидетельствование инвалидов в порядке контроля за правильностью решений городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК;

— проверка актов освидетельствования городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК с целью контроля за правильностью экспертных решений;

— изучение динамики и причин инвалидности среди трудящихся и разработка соответствующих предложений, направленных на снижение инвалидности;

— рассмотрение различных вопросов врачебно-трудовой экспертизы по поручению органов социального обеспечения.

Решения, принимаемые республиканскими (АССР), краевыми, областными, Московской и Ленинградской центральными городскими ВТЭК по жалобам на решения городских, межрайонных, районных и специализированных ВТЭК, а также в порядке контроля за правильностью экспертных решений этих ВТЭК, являются окончательными.

12. ВТЭК часть своих экспертных заседаний по заранее разработанному графику проводят на заводах, фабриках, в совхозах обслуживаемых районов и в лечебно-профилактических учреждениях. В выездных экспертных заседаниях участвуют лечащие врачи, врачи по узким специальностям, руководители производственных участков (начальники цехов, мастера и др.), представители отделов труда и кадров, представители фабричных, заводских и местных комитетов профсоюзов.

13. При всех ВТЭК организуются общественные советы.

14. Методическое и организационное руководство органами врачебно-трудовой экспертизы осуществляется Управлением врачебно-трудовой экспертизы Министерства социального обеспечения РСФСР.

Управление врачебно-трудовой экспертизы Министерства организует научно-методическую разработку принципов и методов экспертизы трудоспособности, обеспечивает внедрение их в практику работы органов врачебно-трудовой экспертизы, осуществляет контроль за деятельностью органов врачебно-трудовой экспертизы, проверяет обоснованность экспертных решений.

### III. Круг лиц, принимаемых на освидетельствование, и порядок направления их во ВТЭК.

15. ВТЭК принимают на освидетельствование:

а) рабочих, служащих и других граждан, на которых распространяется государственное социальное страхование;

б) учащихся высших и средних специальных учебных заведений, училищ, школ и курсов по подготовке кадров; аспирантов, докторантов и клинических ординаторов;

в) других граждан, нарушение трудоспособности которых возникло в связи с выполнением государственных или общественных обязанностей или в связи с выполнением долга гражданина СССР по спасанию человеческой жизни, по охране социалистической собственности, а также по охране социалистического правопорядка;

г) рабочих и служащих, прекративших работу, бывших военно-служащих и членов семей лиц, указанных в подпунктах «а», «б», «в», «г» настоящего пункта, потерявших кормильцев, при наличии у них условий, определяющих право на пенсию;

д) инвалидов с детства и лиц, получивших увечье или перенесших заболевание до начала трудовой деятельности, нуждающихся в трудоустройстве или направлении на профессиональное обучение, а также лиц, направляемых органами социального обеспечения в дома для инвалидов и интернаты;

е) инвалидов для очередных освидетельствований;

ж) членов семей неработающих пенсионеров в целях установления надбавки к пенсии;

з) рабочих и служащих, получивших увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой, для установления степени утраты трудоспособности в целях определения размера возмещения предприятиями, учреждениями и организациями причиненного ущерба;

и) членов колхозов, в которых установлен порядок назначения пенсии в зависимости от групп инвалидности;

к) лиц, не имеющих права на пенсию и обращающихся в установленном порядке за назначением пособий, право на получение которых обусловлено наличием инвалидности.

ВТЭК принимают также на освидетельствование длительно болеющих лиц по направлению лечебных учреждений (не позднее 4 мес со дня наступления временной нетрудоспособности или не позднее 5 мес в общей сложности при одном и том же заболевании в течение последних 12 мес при повторных заболеваниях; не позднее 10 мес при заболевании туберкулезом).

16. Направление больных во ВТЭК для экспертизы трудоспособности производится лечебными учреждениями по месту жительства больного или по месту прикрепления его к лечебному учреждению.

Ответственность за качество медицинского обследования и за обоснованность направления больных во ВТЭК возлагается на руководителей лечебных учреждений.

Инвалиды, направляемые лечебными учреждениями во ВТЭК на пересвидетельствование, пользуются правом внеочередного медицинского обследования в лечебных учреждениях.

На каждого больного, направляемого во ВТЭК, лечебное учреждение заполняет Акт освидетельствования установленной формы и персылает его во ВТЭК.

Лечебным учреждением в Акте освидетельствования указываются сведения о трудовой деятельности больного, данные о результатах обследования его врачами-специалистами в специальных кабинетах

и лабораториях, обосновывающие наличие признаков инвалидности, клинический и трудовой прогноз.

Акт освидетельствования, направляемый во ВТЭК, подписывается лечащим врачом, заведующим соответствующим отделением и заместителем главного врача по экспертизе (или главным врачом).

Неработающие лица при первичном направлении во ВТЭК, наряду с установленными медицинскими документами, представляют направление соответствующего отдела социального обеспечения.

Рабочие и служащие, направляемые во ВТЭК для установления степени утраты трудоспособности для определения размера возмещения причиненного ущерба, при первичном освидетельствовании, кроме указанных медицинских документов, представляют направление от администрации предприятия (учреждения или организации), где произошел несчастный случай, фабричного, заводского или местного комитета профсоюза или районного (городского) народного суда, а также акт о несчастном случае, связанном с производством.

Члены колхозов, направляемые во ВТЭК лечебными учреждениями, при первичном обращении, наряду с указанными медицинскими документами, представляют выписку из решения правления колхоза о том, что в данном колхозе введено пенсионное обеспечение.

17. Освидетельствование во ВТЭК производится по месту жительства или на выездных экспертных заседаниях по месту работы, или по месту прикрепления к лечебному учреждению. Освидетельствование лиц, не могущих по состоянию здоровья, согласно заключению лечебного учреждения, явиться во ВТЭК, производится на дому или в лечебном учреждении по месту нахождения больного.

В отдельных случаях решение ВТЭК о состоянии трудоспособности лиц, находящихся в стационарных лечебных учреждениях, выносится заочно на основании Акта освидетельствования, подписанного лечащим врачом и главным врачом лечебного учреждения.

18. В отношении лиц, проживающих в отдельных и труднодоступных пунктах (районы Крайнего Севера и приравненные к ним отдаленные местности), списки которых утверждаются соответствующими Советами Министров автономных республик, крайисполкомами и облисполкомами, а также лиц, находящихся в длительных служебных командировках за границей или в указанных отдаленных и труднодоступных пунктах, ВТЭК имеет право вынести решение о состоянии трудоспособности заочно на основании актов освидетельствования, подробных выписок из историй болезни и других необходимых для экспертизы документов, подписанных лечащим врачом и главным врачом лечебного учреждения.

#### **IV. Порядок работы ВТЭК.**

19. Члены ВТЭК лично производят медицинское освидетельствование каждого больного, направленного для экспертизы трудоспособности, предварительно изучив медицинские документы, поступившие из лечебного учреждения. Решение о состоянии трудоспособности принимается после коллегиального обсуждения результатов экспертного освидетельствования с учетом данных лечебных учреждений, профессии больного и характера выполняемой им работы.

Данные экспертного освидетельствования и решение ВТЭК записываются в Акт освидетельствования и подписываются председателем и всеми членами комиссии.

Если председатель или отдельные члены комиссии не согласны с мнением других членов комиссии, в Акт освидетельствования вносятся их особое мнение. В этих случаях Акт освидетельствования

в 3-дневный срок направляется на утверждение республиканской (АССР), краевой, областной, Московской или Ленинградской центральных городских ВТЭК, которые в случае необходимости могут вызвать больного на освидетельствование.

Сведения о трудовой деятельности больного, об условиях труда и о выполняемой работе уточняются в процессе экспертного освидетельствования; в отдельных случаях эти сведения запрашиваются с места работы больного.

20. Во всех случаях, когда больной направлен во ВТЭК с необоснованным клиническим диагнозом, что затрудняет вынесение экспертного решения о состоянии трудоспособности, ВТЭК направляет больного в лечебное учреждение для дополнительного обследования, а в необходимых случаях требует помещения больного на стационарное обследование для уточнения диагноза и состояния функций организма.

21. ВТЭК в процессе экспертного освидетельствования в каждом случае определяют доступные по состоянию здоровья больного виды трудовой деятельности и условия труда, которые способствовали бы восстановлению нарушенных функций организма и ликвидации инвалидности.

Заключение ВТЭК о показанных по состоянию здоровья видах и условиях трудовой деятельности должно быть конкретным, способствующим правильному трудовому устройству инвалидов.

При необходимости по состоянию здоровья сокращения трудовой нагрузки ВТЭК дают заключение о предоставлении облегченных условий работы.

22. Решения ВТЭК об условиях труда инвалидов являются обязательными для руководителей предприятий (учреждений, организаций), совхозов и колхозов.

Руководители предприятий (учреждений), совхозов и других организаций обязаны в соответствии с заключением ВТЭК предоставлять работу инвалидам на тех предприятиях (в учреждениях), где они работали до наступления инвалидности.

23. Контроль за обеспечением условий труда инвалидов, установленных ВТЭК, осуществляют органы социального обеспечения, члены ВТЭК, а также медицинские работники соответствующих лечебно-профилактических учреждений (медсанчасть, здравпункт и др.) с участием профсоюзных организаций.

24. ВТЭК отчитываются о своей деятельности в установленном порядке перед министерствами социального обеспечения автономных республик, отделами социального обеспечения крайисполкомов, облисполкомов, Московского и Ленинградского горисполкомов, а также соответствующих горисполкомов и райисполкомов.

25. ВТЭК обязаны делать сообщения о своей работе на заседаниях комиссий по социальному страхованию при фабричных, заводских, местных комитетах профсоюзов предприятий обслуживаемого района.

**V. Сроки переосвидетельствования и порядок обжалования решений ВТЭК.**

26. Переосвидетельствование инвалидов I группы производится 1 раз в 2 года, а инвалидов II и III групп — 1 раз в год.

Инвалидам, подлежащим переосвидетельствованию, инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено очередное переосвидетельствование (п. 26 дополнен этим абзацем 18 июня 1969 г.). Без указания срока переосвидетельствования группа инвалидности устанавливается:

а) инвалидам-мужчинам по достижении 60 лет и женщинам — по достижении 55 лет;

б) инвалидам Отечественной войны, которым группа инвалидности по последствиям ранений, контузий и заболеваний устанавливалась в общей сложности 15 и более лет;

в) инвалидам Отечественной войны — мужчинам по достижении 55 лет и женщинам — 50 лет, которым по последствиям ранений, контузий и заболеваний в последние 5 лет без перерыва устанавливалась одна из групп инвалидности;

г) инвалидам с необратимыми хроническими заболеваниями и анатомическими дефектами, предусмотренными Перечнем заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС.

Переосвидетельствование инвалидов, группа инвалидности которым установлена без указания срока переосвидетельствования, может быть произведено только по их заявлению.

27. В отдельных случаях, когда в органы социального обеспечения поступили те или иные сведения о незаконности установления группы или причины инвалидности, инвалид, группа инвалидности которому была установлена бессрочно, может быть вызван на контрольное переосвидетельствование в республиканскую (АССР), краевую, областную, Московскую и Ленинградскую центральные городские ВТЭК, но только после тщательной проверки медицинского дела и если в результате этой проверки будет установлено нарушение законодательства о врачебно-трудоустройстве и общественных принципов и критериев оценки трудоспособности.

Республиканская (АССР), краевая, областная, Московская и Ленинградская центральные городские ВТЭК при подтверждении факта незаконного решения городской, межрайонной, районной и специализированной ВТЭК отменяют это решение и сообщают соответствующим организациям о лицах, виновных в вынесении незаконного экспертного решения, на основании которого была назначена пенсия и оказываются другие виды социальной помощи.

28. В случае несогласия с решением ВТЭК свидетельствуемый подает об этом в течение месячного срока письменное заявление в отдел социального обеспечения горисполкома, райисполкома или во ВТЭК, в которой он проходил первичное освидетельствование.

Руководители указанных отделов и ВТЭК в 5-дневный срок направляют это заявление вместе со всеми медицинскими материалами предыдущих освидетельствований на рассмотрение республиканской (АССР), краевой, областной, Московской или Ленинградской центральных городских ВТЭК, которые вызывают подавших заявления на повторное освидетельствование. Жалобы на решения городской, межрайонной, районной и специализированной ВТЭК можно подать также непосредственно в республиканскую (АССР), краевую, областную, Московскую или Ленинградскую центральные городские ВТЭК.

#### VI. Делопроизводство.

29. На каждого больного или инвалида, проходящего освидетельствование во ВТЭК, составляется Акт освидетельствования по установленной форме. Акты освидетельствования со всеми медицинскими документами, поступившими из лечебных учреждений и других учреждений и организаций, хранятся во ВТЭК в порядке, устанавливаемом Министерством социального обеспечения РСФСР.

30. ВТЭК ведут протоколы своих заседаний по установленной форме.

31. ВТЭК при установлении группы инвалидности выдают инвали-

дам Справку ВТЭК, форма которой утверждается Министерством социального обеспечения РСФСР. Выписка из Акта освидетельствования направляется соответствующему органу социального обеспечения или другой организации, которая в установленном порядке осуществляет пенсионное обеспечение.

Лицам, не признанным инвалидами, а также лицам, обращающимся во ВТЭК за консультацией о состоянии трудоспособности, о видах, характере труда, показанных по состоянию здоровья, выдается соответствующая справка.

32. ВТЭК имеют штамп и печать.

33. За умышленно неправильное решение и незаконную выдачу Справки ВТЭК о состоянии трудоспособности больного, вопреки Инструкции по определению групп инвалидности и настоящему Положению, виновные привлекаются к ответственности в установленном порядке.

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ

Утверждена Министерством здравоохранения СССР 1 августа 1956 г., утверждена ВЦСПС 2 августа 1956 г. и согласована с Министерством социального обеспечения РСФСР 2 августа 1956 г.

### 1. Общие положения.

ВТЭК при определении состояния трудоспособности и установлении групп инвалидности руководствуются следующими основными положениями:

1. В социалистическом обществе труд, показанный по состоянию здоровья, способствует развитию процесса компенсации, улучшает моральное и материальное состояние инвалидов и удовлетворяет их естественное стремление к участию в социалистическом строительстве.

При создании соответствующих условий труда в зависимости от характера и выраженности патологического состояния и трудового прогноза инвалиды могут быть вовлечены в трудовую деятельность без ущерба, а нередко и с пользой для здоровья.

2. Группа инвалидности устанавливается лицам, страдающим хроническими заболеваниями или имеющим анатомические дефекты, в тех случаях, когда возникшее нарушение функций организма препятствует выполнению профессионального труда и приобрело устойчивый, несмотря на лечение, характер.

Основанием для установления группы инвалидности является стойкое нарушение трудоспособности, которое приводит больного к необходимости прекращения профессионального труда на длительный срок или значительных изменений условий труда. К значительным изменениям или облегчениям в работе относятся те, которые приводят к потере или снижению квалификации или резкому сокращению объема трудовой деятельности.

При незначительной степени стойкого нарушения трудоспособности, когда для продолжения работы в своей профессии требуются лишь небольшие изменения или облегчения условий труда, которые реализуются без ущерба для квалификации и объема трудовой деятельности, соответствующее заключение выдается лечебным учреждением без направления больного на ВТЭК.

3. Экспертное решение о состоянии трудоспособности принимается после всестороннего медицинского освидетельствования больного с уча-



том профессии и производственной характеристики, отражающей особенность выполняемой работы и производительность труда.

При вынесении экспертного решения о состоянии трудоспособности ВТЭК исходит из медицинских и социальных факторов и в каждом случае учитывает: особенности функционального состояния организма, характер и течение патологического процесса, степень развития компенсации, конкретные условия труда, общую и профессиональную подготовку, возраст, трудовую направленность.

В каждом случае освидетельствования больного во ВТЭК независимо от характера заболевания или дефекта врачи-эксперты обследуют состояние внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и других органов и систем.

Основой экспертного решения является диагноз, отражающий морфологические изменения и функциональное состояние. В этих целях используются все доступные методы функциональной диагностики (динамометрия, измерение подвижности суставов с помощью угломера, измерение артериального давления, исследования реакций сердечно-сосудистой и дыхательной систем на мышечную нагрузку и другие функциональные пробы и лабораторные методы исследования), а также проводится расспрос больного, при помощи которого собираются необходимые данные о течении болезни, функциональном состоянии и трудоспособности на всех этапах развития заболевания. Клинико-трудовой анамнез по возможности подтверждается выписками из историй болезни, справками лечебных учреждений, выписками из трудовой книжки о работе, производственной характеристикой и др.

4. В целях динамического наблюдения за течением патологического процесса и за состоянием трудоспособности проводится систематическое пересвидетельствование инвалидов в порядке, установленном Положением о ВТЭК.

### II. Определение I группы инвалидности.

Основанием для установления I группы инвалидности является такое нарушение функций организма, при котором инвалид не может сам себя обслуживать и нуждается в постоянной помощи, уходе или надзоре. Инвалиды этой группы нуждаются не в случайном, эпизодическом уходе или надзоре вследствие временного ухудшения состояния здоровья (острого заболевания или обострения хронического), а в повседневном, систематическом уходе, помощи или надзоре (независимо от того, кем и где осуществляется).

I группа инвалидности устанавливается:

а) лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности, нуждающимся в постоянном постороннем уходе (помощи или надзоре).

Примерами таких состояний могут служить: туберкулез легких с тяжелым прогрессирующим течением в стадии декомпенсации; инкурабельные злокачественные новообразования; поражения сердечно-сосудистой системы со стойкой недостаточностью кровообращения III степени; поражение головного мозга с гемиплегией или выраженной афазией; параличи двух конечностей, выраженный парез трех конечностей; тяжелые затяжные кататонические и параноидные синдромы при шизофрении; эпилепсия с частыми припадками и сумеречными состояниями сознания; состояния исходного слабоумия с потерей критического отношения к своему заболеванию и др.;

б) лицам, которые, несмотря на стойкие резко выраженные функциональные нарушения и нуждаемость в постоянном постороннем уходе или помощи, могут быть приспособлены к отдельным

видам трудовой деятельности в особо организованных индивидуальных условиях (специальные цеха, работа на дому, рабочие приспособления и др.).

Примерами могут служить: стойкий паралич нижних конечностей; культя обеих верхних конечностей (отсутствие всех пальцев на обеих кистях и более высокие ампутационные дефекты); культя обонх бедер на уровне верхней трети; культя верхней конечности на любом уровне и бедра; полная слепота<sup>1</sup> и др.

### III. Определение II группы инвалидности.

Основанием для определения II группы инвалидности являются значительно выраженные функциональные нарушения, которые, однако, не вызывают необходимости в постоянной посторонней помощи (уходе или надзоре), но которые приводят либо к полной постоянной или длительной нетрудоспособности, либо к такому состоянию, когда отдельные виды труда могут быть доступны только в специально созданных условиях.

II группа инвалидности устанавливается:

а) лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности вследствие нарушений функций организма, но не нуждающимся в постоянном постороннем уходе (помощи или надзоре).

Примерами таких состояний могут служить: поражение клапанного аппарата сердца или миокарда со стойкими нарушениями кровообращения II—III степени; гипертоническая болезнь II стадии, быстро прогрессирующая, с склонностью к частым ангиоспастическим кризам; хронический прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез легких с выраженными явлениями интоксикации; цирроз легких с выраженной сердечно-легочной недостаточностью; тяжелая форма мозгового артериосклероза с явлениями снижения интеллекта (психической слабости); травматические повреждения или сосудистые, инфекционные и другие заболевания головного мозга с выраженным нарушением вестибулярных, зрительных или двигательных функций; заболевания или последствия повреждения спинного мозга с резким нарушением двигательных функций обеих конечностей и др.;

б) лицам, которым все виды труда на длительный период противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности.

Примерами таких состояний могут служить: повторный инфаркт миокарда с явлениями выраженной коронарной недостаточности; повторный инсульт; кровоизлияние в сетчатку на единственном зрячем глазу при тяжелой прогрессирующей близорукости; после недавнего оперативного вмешательства по поводу злокачественных опухолей желудка, легких и др.;

в) лицам с тяжелыми хроническими заболеваниями, с комбинарованными дефектами опорно-двигательного аппарата и значительной потерей зрения, которым труд не противопоказан, но доступен лишь в специально созданных для них условиях.

Примерами тяжелых хронических заболеваний могут служить: тяжелая форма язвенной болезни с выраженным упадком питания и кратковременными ремиссиями; бронхоэктатическая болезнь с явле-

<sup>1</sup> В экспертной практике следует приравнивать к слепоте и такое состояние, когда на почве стойких патологических изменений острота зрения в лучшем видящем глазу не превышает 0,03 и не может быть корригирована или поле зрения обоих глаз концентрически сужено до 5—10°.

ниями выраженной интоксикации и частыми обострениями; эпилепсия с частыми припадками; парализ нижних конечностей со значительным нарушением походки; выраженные изменения личности при шизофрении и бредовые синдромы в стадии субкомпенсации; снижение остроты зрения в лучшем видеющем глазу от 0,04 до 0,08 (с коррекцией) в результате стойких патологических изменений, однако с учетом индивидуальных возможностей трудового устройства в обычных условиях.

Примерами тяжелых анатомических дефектов могут служить: культя обеих голеней; культя кисти или предплечья и культя голени; культя плеча или предплечья при значительном нарушении функции другой верхней конечности; культя бедра и значительное нарушение двигательных или статических функций другой нижней конечности; культя верхней или нижней конечности и слепота на один глаз; экзартикуляция бедра; короткая культя бедра.

Инвалиды этой подгруппы (литер «в») могут выполнять ту или иную работу в специально созданных условиях: в специальных для инвалидов цехах, где обеспечивается организация особого режима труда (сокращение рабочего дня, индивидуальные нормы выработки, дополнительные перерывы в работе, строгое соблюдение санитарно-гигиенических норм, медицинское наблюдение и систематическая врачебная помощь и т. п.), в надомных условиях с индивидуальным ритмом работы, без обязательных норм выработки, с доставкой в необходимых случаях сырья на дом и приемом на дому готовой продукции; в предприятиях или учреждениях, где могут быть обеспечены облегчения, аналогичные условиям в специальных цехах.

#### **IV. Определение III группы инвалидности.**

Основанием для определения III группы инвалидности является значительное снижение трудоспособности вследствие нарушений функций организма, обусловленных хроническими заболеваниями или анатомическими дефектами.

III группа инвалидности устанавливается:

а) при необходимости перевода по состоянию здоровья на работу другой профессии более низкой квалификации вследствие невозможности продолжать работу в своей прежней профессии (специальности).

Примерами могут служить:

— перевод слесаря-инструментальщика высокого разряда в связи со стойким нарушением кровообращения I—II степени на работу сборщика мелких изделий;

— перевод прядильщицы в связи с отсутствием II, III и IV пальцев правой кисти на работу кромщицы;

— перевод фрезеровщика V—VI разряда в связи с гипертонической болезнью II стадии на работу раздатчика инструментов;

— перевод забойщика в связи с силикозом на работу подсобного рабочего вне шахты или направление его на переквалификацию;

б) при необходимости по состоянию здоровья значительных изменений условий работы в своей профессии, которые приводят к значительному сокращению объема производственной деятельности и тем самым к снижению квалификации.

Примерами могут служить:

— перевод главного бухгалтера треста в связи с церебральным артериосклерозом со снижением памяти, сужением объема внимания, астенизацией и т. п. на работу бухгалтера небольшого учреждения;

— перевод ткачихи-многостаночницы в связи с сахарным диабетом средней тяжести на обслуживание 1—2 станков;

— предоставление рабочему или служащему в связи с хроническим туберкулезом легких, с явлениями неустойчивой компенсации или с гипертонической болезнью с частыми кризами облегченных условий труда в виде сокращенного рабочего дня;

в) при значительном ограничении возможности трудового устройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц малой квалификации или ранее не работавших.

Примерами могут служить:

— перевод подсобного рабочего, страдающего язвенной болезнью средней тяжести, на работу вахтера внутри помещения;

— затруднение трудового устройства женщины, не имеющей трудовых навыков, страдающей сердечно-легочной недостаточностью, в связи с чем она может работать только в условиях артели для инвалидов на легких видах ручного труда;

— затруднение трудового устройства в связи с последствиями ранения бывших военнослужащих, проживающих в сельской местности и ранее работавших в сельскохозяйственном производстве;

г) III группа инвалидности, кроме того, устанавливается независимо от выполняемой работы при анатомических дефектах или деформациях, влекущих за собой нарушения функций и значительные затруднения в выполнении профессионального труда.

Дефекты и деформации верхней конечности:

— культя плеча<sup>1</sup>, культя предплечья, отсутствие кисти, ложный сустав плеча или обеих костей предплечья, резко выраженная контрактура (ограничение движений в суставе до 5—8°) или анкилоз локтевого сустава в функционально не выгодном положении (под углом менее 60° или более 150°), или при фиксации предплечья в положении крайней пронации или крайней супинации; болтающийся плечевой или локтевой сустав после резекции;

— отсутствие всех фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый, трех пальцев кисти, включая первый; анкилоз или резко выраженная контрактура этих же пальцев в функционально не выгодном положении; отсутствие первого и второго пальцев или трех пальцев с соответствующими пястными костями; отсутствие первых пальцев обеих кистей<sup>2</sup>.

Дефекты и деформации нижней конечности:

— культя бедра или голени на различных уровнях; при культя бедра и невозможности протезирования устанавливается II группа инвалидности;

— культя стопы после костнопластической ампутации (типа Пирюова); порочная культя на уровне сустава Шонара и двусторонние культя на уровне сустава Лисфранка;

— резко выраженная контрактура или анкилоз голеностопного сустава с порочным положением стопы и значительным нарушением функции ходьбы и стояния;

— ложный сустав бедра или обеих костей голени; болтающийся коленный или тазобедренный сустав после резекции;

— резко выраженная контрактура или анкилоз тазобедренного сустава; анкилоз коленного сустава в функционально не выгодном

<sup>1</sup> При экзартикуляции или культя правого плеча и невозможности трудового устройства может быть установлена II группа инвалидности.

<sup>2</sup> Если все указанные дефекты пальцев кистей являются последствиями ранения, увечья, полученных на фронте, при исполнении обязанностей военной службы или на производстве. Во всех других случаях группа инвалидности устанавливается только с учетом профессии.

положении — под углом менее 180° или при укорочении конечности более чем на 7 см после резекции сустава.

Стойкие и необратимые последствия повреждений и заболеваний периферической нервной системы:

— паралич кисти или верхней конечности, паралич нижней конечности, выраженный парез всей верхней или всей нижней конечности со значительными трофическими нарушениями (выраженная мышечная атрофия, хроническая трофическая язва).

Полная слепота или снижение остроты зрения на один глаз до 0,02 при невозможности корригирования или сужение поля зрения до 5° (в связи с военной или производственной травмой)<sup>1</sup>.

Наличие инородного тела в сердечной мышце или в сердечной сумке.

Значительный костный дефект черепа<sup>2</sup>.

Дефекты челюсти или твердого неба, если протезирование не обеспечивает жевания.

Деформация грудной клетки в связи с последствиями перенесенного оперативного вмешательства — резекция 5 и более ребер при наличии дыхательной недостаточности (при определении II группы инвалидности срок переосвидетельствования устанавливается на общих основаниях).

Двусторонняя глухота с детства.

Примечание. Глухотой следует считать отсутствие восприятия громкой разговорной речи ушной раковины<sup>3</sup>.

В случаях, когда дефект или деформация не предусмотрены п. «г» Инструкции, вопрос о группе инвалидности решается по общим принципам экспертизы, т. е. с учетом возможности выполнять работу в своей профессии.

## ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНВАЛИДАМИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ДРУГИМИ ИНВАЛИДАМИ ИЗ ЧИСЛА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ АВТОМОБИЛЕЙ «ЗАПОРОЖЕЦ» С РУЧНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ

Утвержден Министерством здравоохранения СССР 1 июля 1969 г. и согласован с Госпланом СССР 8 июля 1969 г.

1. Ампутационные культы обеих бедер.
2. Ампутационные культы обеих голеней.
3. Ампутационная культя одного бедра на любом уровне, независимо от пригодности к протезированию.
4. Культя бедра или голени при значительном нарушении двигательных или статических функций другой нижней конечности (ампутационная культя стопы, деформация, сосудистые заболевания, поражение крупных периферических нервных стволов и т. п.).

<sup>1</sup> В других случаях группа устанавливается только в зависимости от профессии.

<sup>2</sup> Дефект костей черепа считается значительным в случаях, когда размер дефекта превышает 3×1 см или при меньших его размерах, если имеется пульсация мозга, или при отсутствии пульсации, если ранение в прошлом протекало с осложнением инфекционно-гнойным процессом (абсцесс, менингоэнцефалит).

<sup>3</sup> В соответствии с Письмом М-ва здравоохранения СССР, ВЦСПС и М-ва соц. обеспечения РСФСР от 11 марта 1957 г.

5. Культи бедра или голени при одновременном отсутствии одной из верхних конечностей<sup>1</sup>.

6. Стойкие деформации или заболевания нижних конечностей, таза или позвоночника, значительно затрудняющие стояние и ходьбу (анкилозирующие полиартриты нижних конечностей, нижние параплегии, парепарезы, тяжелые кифосколиозы и спондилиты с явлениями компрессии, псевдоартрозы, эндартерииты II и III степени, слоновость и т. д.).

7. Параличи и парезы нижних конечностей центрального происхождения при возможности сидения, но значительно затрудняющие передвижение.

8. Остаточные явления поражений центральной нервной системы в виде гемиплегии без припадков и нарушений психики<sup>2</sup>.

### ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНВАЛИДАМИ МОТОКОЛЯСОК С РУЧНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ

Утвержден Министерством здравоохранения СССР 11 августа 1970 г.  
и согласован с Госпланом СССР 19 августа 1970 г.

1. Культи обоих бедер или обеих голени, в том числе и после операций по Пирогову, Сайму.

2. Культи одного бедра на любом уровне и независимо от пригодности к протезированию.

3. Культи одной голени на любом уровне и независимо от пригодности к протезированию.

4. Культи обеих стоп на уровне сустава Шопара.

5. Заболевания костей и суставов, деформации нижних конечностей, значительно затрудняющие стояние и ходьбу.

6. Ложный сустав, крупный костный дефект бедра или обеих костей голени, болтающийся тазобедренный или коленный сустав, резко выраженная контрактура или анкилоз тазобедренного сустава, коленного сустава, укорочение нижней конечности на 10 см и более при сохранной функции другой нижней конечности.

7. Анкилоз или резко выраженная контрактура голеностопных суставов обеих нижних конечностей.

8. Параличи и парезы обеих нижних конечностей, гемипарезы, значительно затрудняющие передвижение.

9. Паралич или выраженный парез одной нижней конечности.

10. Повреждения нервно-сосудистого пучка одной нижней конечности со значительными трофическими нарушениями (обширные незаживающие язвы).

11. Заболевания, деформации позвоночника, значительно затрудняющие стояние и ходьбу.

12. Анкилозирующий спондилоартрит с вовлечением крупных суставов нижних конечностей, но при сохранной функции верхних конечностей.

<sup>1</sup> Является медицинским показанием лишь для получения автомобилей типа «Запорожец» в модификации, предназначенной для инвалидов, имеющих только одну руку и одну ногу.

<sup>2</sup> Является медицинским показанием лишь для получения автомобилей типа «Запорожец» в модификации, предназначенной для инвалидов, имеющих только одну руку и одну ногу.

13. Тромбооблитерирующие заболевания артерий нижних конечностей I—II и более выраженных стадий.
14. Варикозное расширение вен обеих нижних конечностей, осложненное тромбозом или трофическими нарушениями при невозможности или безуспешности хирургического лечения.
15. Слоновость обеих нижних конечностей.
16. Тяжелые формы эмфиземы легких (пневмосклерозы) с кардиопульмональной недостаточностью II степени.
17. Панцирное сердце.

### МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ДОПУСКУ ИНВАЛИДОВ К УПРАВЛЕНИЮ АВТОМОБИЛЕМ «ЗАПОРОЖЕЦ» С РУЧНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ

**Глазные заболевания.** Хронические заболевания оболочек глаза любой этиологии, сопровождающиеся значительным нарушением функции зрения.

Стойкие изменения век (недостаточность век для закрытия роговицы, выворот или заворот век, рост ресниц по направлению к главному яблоку, сращение век между собой или с глазным яблоком, препятствующие зрению или ограничивающие движение глазного яблока и т. д.). Допускаться к управлению транспортом инвалиды могут после оперативного лечения с хорошим результатом.

Хронические заболевания слизистой оболочки век, сопровождающиеся ее гипертрофией, развитием сосочков и инфильтрацией подслизистой ткани. Хронический язвенный блефарит, не поддающийся лечению.

Трахома I, II, III стадии. Вопрос о годности инвалида к управлению при наличии трахомы III стадии решается индивидуально.

Хроническое воспаление слезного мешка, свищ слезного мешка, а также упорное, не поддающееся лечению слезотечение.

Диплопия. Стойкие параличи или парезы мышц век или глазного яблока. Выраженный нистагм.

Нарушение бинокулярного зрения. Вопрос о допуске инвалида к управлению решается индивидуально при наличии остроты зрения не ниже 1,0 (единицы), нормальном поле зрения и косоглазии менее 20°.

Заболевания сетчатки и зрительного нерва (пигментный ретинит, атрофия зрительного нерва, отслойка сетчатки и др.).

Глаукома. Допускаются к управлению инвалиды при начальной компенсированной глаукоме, допустимой остроте зрения, нормальном поле зрения и глазном дне при условии переосвидетельствования через 1 год.

Понижение остроты зрения в зависимости от стойких помутнений преломляющих сред или изменений глазного дна, аномалий рефракции, а также других причин органического характера. Допускаются к управлению инвалиды при остроте зрения 0,6 на одном глазу и 0,2 на другом глазу. Допустимая коррекция при близорукости и дальнозоркости 6,0 дптр. при астигматизме 3,0 дптр. При разности рефракции допускается бинокулярная коррекция не более 2,0 дптр.

В порядке исключения допускаются к управлению водители-инвалиды при отсутствии зрения на одном глазу при условии пере-

освидетельствования через 1 год, если острота зрения на здоровом глазу без коррекции равна 1,0 (единице), нормальное поле зрения, полностью сохранена световая чувствительность. Допускается коррекция контактными линзами до 6,0 дптр при хорошей переносимости и наличии запасных контактных линз.

Ограничение поля зрения более чем на 20° в любом из меридианов.

Нарушение цветоощущения: а) дихромазия; б) аномальная трихромазия типа «А», «В». При наличии трихромазии типа «В» вопрос о допуске к управлению автомобилем с ручным управлением водителей-инвалидов решается индивидуально. Для окончательного решения вопроса дополнительно проводятся исследования цветоощущения в пределах цветов светофора. Водителям, допущенным к управлению, рекомендуется пользоваться контрольным щитком.

Заболевания уха, горла и носа. Хроническое одностороннее или двустороннее гнойное воспаление среднего уха, осложненное холестеатомой, кариесом, грануляциями или полипом (эпитимпанит). Наличие фистульного симптома. Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально после оперативного лечения с хорошим функциональным результатом.

Восприятие разговорной речи на одно или оба уха на расстоянии менее 3 м, шепотной речи на расстоянии менее 1 м. Лица с глухотой или глухонемой, или тугоухостью допускаются к управлению при условии сохранения бинокулярного зрения и наличия соответствующей остроты зрения, предъявляемой к водителям-инвалидам. Переосвидетельствование не реже 1 раза в 2 года.

Стойкие изменения в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющие дыхание.

Заболевания, сопровождающиеся нарушением функций вестибулярного аппарата (болезнь Меньера, лабиринтиты, вестибулярные кризы любой этиологии и др.). Вопрос о годности инвалидов к управлению решается индивидуально.

Хирургические заболевания. Доброкачественные новообразования, значительно затрудняющие движение в суставах верхних конечностей. После оперативного лечения с хорошим результатом водители-инвалиды могут допускаться к управлению автомобилем.

Выраженные травматические деформации с наличием неврологической симптоматики и дефекты костей черепа. При наличии значительных дефектов или деформаций костей черепа и отсутствии неврологической симптоматики водители-инвалиды признаются годными к управлению транспортными средствами.

Малоподвижные рубцы, приросшие к подлежащим тканям и значительно затрудняющие движение верхних конечностей.

Резко выраженные ограничения подвижности шеи различной этиологии.

Стойкие изменения в крупных суставах (ложные и болтающиеся суставы, привычные вывихи и др.), неправильно сросшиеся переломы, значительно затрудняющие движение конечностей, а также стойкие изменения в позвоночнике, нарушающие его движения. Водители-инвалиды признаются негодными к управлению автомобилем с ручным управлением при наличии анкилозов и контрактур обоих тазобедренных суставов, препятствующих возможности сидения, а также при выраженных нарушениях движений верхних конечностей.

Отсутствие одной верхней или нижней конечности, кисти или стопы, а также деформации кисти или стопы, значительно затруд-



няющие их движение (отсутствие одной нижней конечности или ее сегмента при одновременном отсутствии одной из верхних конечностей не является медицинским противопоказанием для управления автомашиной с ручным управлением в модификации, предназначенной для инвалидов, имеющих только одну руку и одну ногу). Отсутствие одной или обеих нижних конечностей, или их сегментов при наличии здоровых верхних конечностей не является медицинским противопоказанием для управления автомашиной с ручным управлением.

Отсутствие большого и указательного пальцев на обеих кистях или полное сведение хотя бы одного пальца (контрактура в порочном положении) на обеих кистях.

Деформация грудной клетки и позвоночника со значительным нарушением функции органов грудной полости. Вопрос о допуске к управлению решается индивидуально.

Грыжи любой локализации. Инвалиды могут быть допущены к управлению автомашиной с ручным управлением, но им следует рекомендовать оперативное лечение.

**Внутренние болезни.** Наличие у инвалидов нижеперечисленных внутренних болезней является противопоказанием к вождению автомобиля «Запорожец» с ручным управлением, однако вопрос о допуске их к вождению всегда решается индивидуально в зависимости от характера и особенностей течения заболевания, состояния компенсации нарушенных функций, возраста, водительского стажа, служебной и личностной характеристики инвалида и т. д.: хронические заболевания легких и плевры (нетуберкулезной этиологии), бронхиальная астма, сопровождающиеся легочной и сердечно-сосудистой недостаточностью II степени; состояние после резекции легкого; врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов любой этиологии, а также состояние после перенесенных операций на сердце или крупных магистральных сосудах; болезни сердца любой этиологии (эндокардит, миокардит, перикардит и др.), нарушение ритма сердечной деятельности любой этиологии (пароксизмальная тахикардия, групповая экстрасистолия, мерцательная аритмия и др.); хроническая ишемическая болезнь сердца (грудная жаба, кардиосклероз, состояние после перенесенного инфаркта миокарда и др.); гипертоническая болезнь II стадии (при условии ежегодного переосвидетельствования); болезни крови и кроветворных органов.

При гипертонической болезни I стадии, начальных признаках сахарного диабета кандидаты в водители признаются годными к управлению автомашиной.

**Нервные и психические заболевания.** Психические заболевания (все виды, формы и стадии).

Олигофрения всех степеней.

Эпилепсия и другие заболевания, протекающие с любыми пароксизмальными состояниями на любом этапе течения болезни, включая стойкие ремиссии.

Хронический алкоголизм, дипсомания, алкогольные психозы и другие наркомании. После противоалкогольного лечения с хорошим результатом, при отсутствии алкогольной деградации личности, соматических расстройств и снятия с учета в психоневрологическом диспансере, стажированные водители могут признаваться годными к вождению «Запорожца» с ручным управлением, но не ранее 3 лет, с учетом положительной производственной характеристики.

Психопатия и неврозы (выраженные формы и формы с склонностью к декомпенсации и патологическому развитию личности).

Органические заболевания и травматические повреждения головного и спинного мозга, периферической нервной системы при наличии стойких остаточных изменений психики, болевой и тактильной чувствительности, двигательных и координаторных расстройств, заболевания нервно-мышечной системы. При наличии остаточных явлений без нарушения движений, церебральной гипертонии и корешкового болевого синдрома вопрос о допуске к управлению автомобилем с ручным управлением решается индивидуально.

Хронические рецидивирующие заболевания периферической нервной системы и остаточные явления перенесенных заболеваний и травм крупных нервных стволов со стойким нарушением движений, чувствительности и трофики (вопрос о допуске к управлению решается индивидуально).

**Кожные и венерические заболевания.** Хронические распространенные не поддающиеся лечению кожные заболевания (вопрос о годности к управлению автомашиной с ручным управлением решается индивидуально).

Сифилис в заразном периоде (перенесенные в прошлом и излеченные венерические заболевания противопоказанием не являются).

**Женские заболевания.** Старые разрывы промежности с нарушением целостности сфинктера прямой кишки.

Доброкачественные новообразования половых органов, осложненные маточным кровотечением, нарушением функции мочевого пузыря и кишечника.

Ректовагинальные и пузырновлагалищные свищи (после оперативного лечения с хорошим результатом могут допускаться к управлению автомашиной).

Хронические воспалительные заболевания матки, придатков и параметрия с частыми обострениями и маточными кровотечениями. Выраженные расстройства менструального цикла.

Привычные самопроизвольные аборты.

Крауроз наружных половых органов.

Патологически протекающий климакс.

## **МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПРЕпятствующие допуску к управлению МОТОКОЛЯСКАМИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ**

1. Глазные заболевания: стойкие параличи и парезы мышц века или глазного яблока, нарушающие бинокулярное зрение. Тяжелые заболевания зрительного нервного аппарата; атрофия зрительного нерва, пигментный ретинит, отслойка сетчатки. Глаукома развитая с некомпенсированным глазным давлением. Часто рецидивирующие хронические заболевания конъюнктивы век и глазного яблока; поражения роговой оболочки, трудно поддающиеся лечению. Острота зрения с коррекцией ниже 0,2 на хуже видящем глазу и 0,5 на лучше видящем глазу. Нарушения цветоощущения типа дихромазии.

Примечание: при отсутствии зрения на одном глазу при выдаче мотоколясок требуется наличие зрения на другом глазу не ниже 1,0 (единицы) с коррекцией при нормальном поле зрения.

2. Ушные заболевания: понижение слуха при восприятии разговорной речи на оба уха на расстоянии менее 1 м.

3. Внутренние заболевания: гипертоническая болезнь с склонностью к расстройствам мозгового кровообращения; стенокардия

с частыми приступами; пороки сердца с недостаточностью кровообращения в тяжелой степени (IIБ и III степени); тяжелые формы хронических заболеваний легких с легочно-сердечной недостаточностью II—III степени.

4. Хирургические заболевания: отсутствие или значительное ограничение движения обеих верхних конечностей: а) контрактуры, анкилозы или тугоподвижность кисти и пальцев обеих верхних конечностей, исключаящие или ограничивающие функции захвата кистей и удерживания предметов; б) контрактуры, тугоподвижность или анкилозы даже в функционально выгодном положении в обоих плечевых, обоих локтевых или обоих лучезапястных суставах; в) отсутствие на обеих кистях большого и указательного пальцев.

Примечание: отсутствие одной руки не является противопоказанием, но единственная верхняя конечность должна быть функционально полноценной.

5. Нервные и психические заболевания: психические заболевания во всех стадиях развития; эпилепсия, а также заболевания, протекающие с парколенитическими и каталептическими припадками; олигофрения всех степеней; хронический алкоголизм, наркомания; выраженные формы психопатий и неврозов в стадии декомпенсации, патологического развития личности; органические заболевания и травматические повреждения центральной нервной системы с нарушением психики и двигательной функции верхних конечностей.

## ПОЛОЖЕНИЕ О ЛЬГОТАХ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И СЕМЕЙ ПОГИБШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Утверждено постановлением Совета Министров СССР от 23 февраля 1981 г.  
№ 209

### I

#### Льготы по медицинскому обслуживанию, санаторно-курортному лечению и выплате пособия

1. Инвалиды Отечественной войны имеют право на преимущественное обслуживание в амбулаторно-поликлинических учреждениях и на внеочередную госпитализацию, на пользование при выходе на пенсию поликлиниками, к которым они были прикреплены в период работы, бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов), а также на обеспечение в установленном порядке протезами и другими протезно-ортопедическими изделиями, на получение бесплатно по рецептам врачей лекарств.

Ликвидация госпиталей для инвалидов Отечественной войны не может производиться без согласования с Министерством здравоохранения СССР и Министерством обороны.

2. Работающим инвалидам Отечественной войны пособие по временной нетрудоспособности выдается в размере 100 % заработка, независимо от непрерывного стажа работы.

Пособие по временной нетрудоспособности вследствие общего заболевания выдается инвалидам Отечественной войны до 4 мес подряд или до 5 мес в календарном году.

3. Инвалидам Отечественной войны I и II групп при недостаточности очередного и дополнительного отпусков для лечения и проезда в санаторий и обратно разрешается выдавать больничные листки на необходимое число дней и производить выплату пособий по государственному социальному страхованию, независимо от того, кем и за чей счет предоставлена путевка.

4. Инвалиды Отечественной войны в первоочередном порядке обеспечиваются по месту работы путевками в санатории, профилактории и дома отдыха, направляются на амбулаторно-курортное лечение, а их дети — путевками в пионерские лагеря.

ВЦСПС, министерства, ведомства, объединения, предприятия, учреждения и организации ежегодно выделяют для инвалидов Отечественной войны не менее 10% имеющихся у них путевок для санаторно-курортного лечения. Порядок распределения указанных путевок определяется ВЦСПС, а в санаторно-курортные учреждения Министерства обороны, Министерства внутренних дел СССР и Комитета государственной безопасности СССР — этими министерствами и Комитетом.

Неработающие инвалиды Отечественной войны обеспечиваются путевками бесплатно соответственно органами социального обеспечения, здравоохранения, Министерства обороны, Министерства внутренних дел СССР и Комитета государственной безопасности СССР.

Инвалидам Отечественной войны I группы, по их желанию, вместо путевки в санаторий или дом отдыха выдается 1 раз в 2 года денежная компенсация в порядке и размерах, предусмотренных действующим законодательством.

5. В случае смерти инвалида Отечественной войны членам его семьи выплачивается пособие на погребение в размере 2-месячной суммы назначенной ему пенсии. При отсутствии членов семьи пособие выдается другим лицам, принявшим на себя обязанности по погребению умершего инвалида, в размере фактической стоимости похорон, но не свыше размера указанной 2-месячной суммы пенсии.

6. Инвалидам Отечественной войны, получающим пенсию, выплачиваются пособия по случаю рождения ребенка, а также на погребение умершего члена семьи, находившегося на его иждивении, по правилам и нормам, установленным законодательством по государственному социальному страхованию.

## II

### Льготы по обеспечению транспортными средствами и оплате проезда

7. Инвалидам Отечественной войны при наличии установленных медицинских показаний выдаются бесплатно в порядке, определяемом Советами Министров союзных республик, на 7-летний срок эксплуатации 1 легковой автомобиль «Запорожец» с ручным управлением, а при наличии противопоказаний к вождению автомобиля, но отсутствии противопоказаний к вождению мотоцикла, — на 5-летний срок эксплуатации одна мотоцикла. Автомобиль и мотоцикл выдаются бесплатно без права продажи и передачи.

8. Советам Министров союзных и автономных республик, исполнительным комитетам краевых, областных, а также Московского и Ленинградского городских Советов народных депутатов предоставляется право разрешать при наличии установленных медицинских показаний выдачу в отдельных случаях на 7-летний срок эксплуатации бесплатно автомобиля «Запорожец» (без права продажи и передачи) инвалидам Отечественной войны I и II групп, имеющим противо-

показания к вождению автомобиля, если вождение автомобиля для обслуживания инвалида может осуществлять постоянно проживающий с ним член семьи.

Министерствам социального обеспечения союзных республик разрешается выдавать бесплатно инвалидам Отечественной войны I группы (по зрению) — Героям Советского Союза и кавалерам орденов Славы трех степеней — автомобиль «Запорожец» на 7-летний срок эксплуатации без права продажи.

9. Снабжение инвалидов Отечественной войны транспортными средствами, а также капитальный ремонт мотоколясок I раз в течение 5-летнего срока со дня их выдачи производятся за счет средств государственного бюджета. Советы Министров союзных республик определяют порядок проведения капитального ремонта мотоколясок, а также утверждают прейскурант цен на услуги по их текущему ремонту и профилактическому осмотру.

10. После смерти инвалида Отечественной войны, получившего бесплатно легковой автомобиль или мотоколяску, эти автомобиль или мотоколяска остаются в собственности его семьи.

11. Инвалидам Отечественной войны, получившим бесплатно или на льготных условиях легковые автомобили или мотоколяски, а также инвалидам войны I и II групп, приобретающим легковые автомобили по розничным ценам, компенсируются в определяемом Советом Министров СССР порядке расходы на бензин, ремонт, техническое обслуживание и запасные части к ним.

12. Продажа по розничным ценам легковых автомобилей с обычным управлением инвалидам Отечественной войны производится в порядке, определяемом Советами Министров союзных республик.

13. Инвалидам Отечественной войны предоставляется право бесплатного проезда на всех видах городского пассажирского транспорта (за исключением такси) и на автомобильном транспорте общего пользования (за исключением такси) в сельской местности в пределах административного района по месту жительства в порядке, определяемом Советами Министров союзных республик по согласованию с Государственным комитетом СССР по труду и социальным вопросам, а также на железнодорожном и водном транспорте пригородного сообщения и в автобусах пригородных маршрутов.

14. Инвалиды Отечественной войны I и II групп пользуются правом бесплатного проезда по железной дороге или на судах транзитных и местных линий речного флота I раз в год (туда и обратно), а в районах, не имеющих железнодорожного сообщения, с 50% скидкой — воздушным, водным или междугородным автомобильным транспортом. Лицам, сопровождающим инвалидов I группы (не более одного сопровождающего), предоставляется 50% скидка со стоимости проезда указанным транспортом.

Инвалиды Отечественной войны III группы пользуются 50% скидкой со стоимости проезда I раз в год (туда и обратно) по железной дороге, а в районах, не имеющих железнодорожного сообщения, — водным, воздушным или междугородным автомобильным транспортом.

### III

#### Жилищно-бытовые льготы

15. Инвалиды Отечественной войны и семьи погибших военнослужащих, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, в первоочередном порядке обеспечиваются жилой площадью, в том числе

за счет жилой площади, передаваемой министерствами и ведомствами в распоряжение исполнительных комитетов местных Советов народных депутатов.

Советы Министров союзных и автономных республик, исполнительные комитеты местных Советов народных депутатов, министерства и ведомства обязаны оказывать всемерное содействие инвалидам Отечественной войны и семьям погибших военнослужащих в строительстве индивидуальных жилых домов.

16. Инвалидам Отечественной войны предоставляются ссуды на индивидуальное жилищное строительство в размере до 1500 рублей, с погашением в течение 10 лет, начиная с 3-го года после окончания строительства дома. Взимание процентов за пользование ссудой, выданной инвалидам Отечественной войны на индивидуальное жилищное строительство, кооперативное жилищное строительство и капитальный ремонт принадлежащих им домов, не производится.

Местные строительные материалы на индивидуальное жилищное строительство и капитальный ремонт домов инвалидам Отечественной войны и семьям погибших военнослужащих отпускаются в первоочередном порядке.

17. Жилая площадь (в пределах норм, предусмотренных действующим законодательством), занимаемая инвалидами Отечественной войны и проживающими совместно с ними членами их семей, а также семьями, получающими пенсии по случаю потери кормильца за погибшего военнослужащего, оплачивается в размере 50 % квартирной платы, исчисленной по ставкам, установленным для рабочих и служащих, а излишняя жилая площадь (до 15 м<sup>2</sup>) — в одинарном размере.

Инвалидам Отечественной войны и проживающим совместно с ним членам их семей, а также семьям, получающим пенсии по случаю потери кормильца за погибшего военнослужащего, предоставляется скидка в размере 50 % с установленной платы за пользование отоплением, водопроводом, газом и электроэнергией.

Порядок предоставления 50 % скидки инвалидам Отечественной войны и семьям, получающим пенсии по случаю потери кормильца за погибшего военнослужащего, по оплате жилой площади и коммунальных услуг определяется Советами Министров союзных республик по согласованию с Государственным комитетом СССР по труду и социальным вопросам.

18. Инвалидам Отечественной войны, проживающим в домах, не имеющих центрального отопления, предоставляется 50 % скидка со стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению.

19. Обеспечение инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих топливом производится в первоочередном порядке.

20. Инвалиды Отечественной войны имеют право на первоочередную установку телефонов, а также пользуются преимуществом при вступлении в садоводческие товарищества (кооперативы).

#### IV

#### Льготы по трудовому устройству

21. В целях рационального трудового устройства и широкого привлечения к доступным видам общественно полезной деятельности инвалидов Отечественной войны Советы Министров союзных респуб-

лик, министерства и ведомства СССР устанавливают бронь для приема на работу инвалидов Отечественной войны в пределах до 2% общей численности рабочих и служащих, дифференцированно для каждой отрасли.

Инвалиды, принятые на работу на предприятия и стройки, не включаются в среднесписочную численность работников предприятия, стройки.

22. Трудовое устройство и организация обучения инвалидов Отечественной войны новым профессиям (специальностям) возлагаются на министерства социального обеспечения союзных республик совместно с государственными комитетами союзных республик по труду.

23. Министерства и ведомства, имеющие курсы по подготовке кадров, обязаны принимать для обучения инвалидов Отечественной войны в соответствии с заключением врачебно-трудовой экспертной комиссии.

24. Инвалиды Отечественной войны имеют право на использование очередного ежегодного отпуска в удобное для них время, а также на получение дополнительного отпуска без сохранения заработной платы сроком до 2 нед в году.

## V

### Другие льготы

25. Предоставление льгот и преимуществ по пенсионному обеспечению, налогам и сборам, условиям труда и его оплате, а также других льгот и преимуществ инвалидам Отечественной войны и семьям погибших военнослужащих регулируется соответствующими нормами законодательства Союза ССР, а также союзных республик в пределах предоставленной им действующим законодательством компетенции.

26. Советы Министров союзных республик, министерства и ведомства вправе в пределах предоставленной им действующим законодательством компетенции осуществлять дополнительные меры по улучшению материально-бытовых условий инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих.

## VI

### Круг лиц, имеющих право на льготы

27. Льготы, предусмотренные настоящим Положением для инвалидов Отечественной войны, включая инвалидов из числа партизан Отечественной войны и рабочих и служащих соответствующих категорий, ставших инвалидами в связи с ранением, контузией, увечьем или заболеванием, полученными в период Отечественной войны в районе военных действий, на прифронтовых участках железных дорог, на сооружении оборонительных рубежей, военно-морских баз и аэродромов, и приравненных по пенсионному обеспечению к военнослужащим согласно специальным постановлениям и распоряжениям Правительства СССР, предоставляются также:

— инвалидам из числа военнослужащих, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте в другие периоды, а также инвалидам из числа партизан гражданской войны;

— инвалидам из числа лиц начальствующего и рядового состава органов Министерства внутренних дел СССР и органов Комитета государственной безопасности СССР, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении служебных обязанностей;

— инвалидам из числа бойцов и командного состава истребительных батальонов, взводов и отрядов защиты народа, действовавших в период с 1 января 1944 г. по 31 декабря 1951 г. на территории Украинской ССР, Белорусской ССР, Литовской ССР, Латвийской ССР, Эстонской ССР и ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении служебных обязанностей в этих батальонах, взводах и отрядах.

Льготы, предусмотренные пунктами 15, 16, 17 и 19 настоящего Положения для семей погибших военнослужащих, предоставляются семьям военнослужащих, партизан и указанных в настоящем пункте лиц начальствующего и рядового состава, бойцов и командного состава, погибших или умерших вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), а также вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте.

Семьям погибших в Великую Отечественную войну лиц из числа личного состава групп самозащиты объектов и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также семьям погибших работников госпиталей и больниц Ленинграда предоставляются указанные льготы на тех же условиях, что и семьям погибших военнослужащих.

28. Инвалидам Отечественной войны и инвалидам, приравненным к ним, выдаются соответственно «Удостоверение инвалида Отечественной войны» и «Удостоверение инвалида о праве на льготы», являющиеся документами, подтверждающими право на установленные льготы. Формы указанных удостоверений утверждаются Государственным комитетом СССР по труду и социальным вопросам по согласованию с Министерством финансов СССР, Министерством обороны, Комитетом государственной безопасности СССР и Министерством внутренних дел СССР.



**ПЕРЕЧЕНЬ<sup>1</sup> ЗАБОЛЕВАНИЙ,  
ПРИ КОТОРЫХ ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ  
УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ВТЭК БЕЗ УКАЗАНИЯ  
СРОКА ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ**

Утвержден Министерством здравоохранения СССР 1 августа 1956 г.,  
утвержден ВЦСПС 2 августа 1956 г., согласован с Министерством  
социального обеспечения РСФСР 2 августа 1956 г.

**I. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

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 степени.

3. Пороки сердца (сужение левого атриовентрикулярного отверстия, пороки аортальных клапанов, комбинированные пороки) при наличии стойких нарушений кровообращения III степени.

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

5. Хронический нефрит при наличии стойких выраженных явлений почечной недостаточности (отеки, изостенурия, повышение артериального давления, изменения 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<sup>2</sup>.

10. Состояние после удаления легкого<sup>2</sup>.

Примечание: установление группы инвалидности без переосвидетельствования допускается лишь при наблюдении за инвалидом в течение 2 лет.

**II. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

1. Инфекционные заболевания центральной нервной системы с хроническим прогрессирующим течением: различные виды энцефалитов, энцефаломиелит, амиотрофический боковой склероз, рассеянный склероз со стойкими выраженными нарушениями двигательных, речевых, зрительных функций (паркинсонизм, параличи, афазия), с прогрессирующей водянкой головного мозга<sup>3</sup>.

2. Прогрессивный паралич с выраженными явлениями слабоумия при отсутствии улучшения, несмотря на лечение.

---

<sup>1</sup> VI раздел Перечня приведен в редакции, утвержденной министром здравоохранения СССР 29 мая 1965 г. и Постановлением Секретариата ВЦСПС от 9 июня 1965 г. (Протокол № 17, п. 41).

<sup>2</sup> Переосвидетельствованию не подлежат в случае установления III группы инвалидности.

<sup>3</sup> При заболеваниях, указанных в пп. 1 и 3, устанавливается группа инвалидности без переосвидетельствования не только при сочетании всех перечисленных функциональных нарушений, но и при значительной выраженности любого из них.

3. Отдаленные стойкие последствия травматического повреждения головного мозга с резко выраженными двигательными нарушениями (гемиплегия или гемипарезы), с афазией, прогрессирующей водянойкой головного мозга, с выраженными явлениями слабоумия<sup>1</sup>.

Последствия травматического повреждения головного мозга с наличием обширного костного дефекта или инородного тела в веществе мозга (без пересвидетельствования устанавливается только III группа инвалидности).

4. Отдаленные стойкие последствия травматического повреждения или заболевания спинного мозга или конского хвоста с резко выраженными двигательными нарушениями (паралич или парапарез) и тяжелым расстройством функций тазовых органов.

5. Тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения при сосудистых заболеваниях головного мозга с гемиплегией или глубоким гемипарезом или психозом с прогрессирующим течением и явлениями слабоумия.

6. Эпилепсия при наличии частых (документально подтвержденных) приступов и выраженного слабоумия.

7. Хронические прогрессирующие заболевания центральной нервной системы: миопатии, миотонии; дрожательный паралич в стадии резко выраженных нарушений двигательных функций.

8. Отдаленные необратимые последствия травматических повреждений периферических нервов: паралич кисти или верхней конечности, паралич нижней конечности, выраженный парез верхней или нижней конечности с трофическими нарушениями.

9. Неоперабельные новообразования головного и спинного мозга.

10. Олигофрения в степени имбецильности или идиотии.

11. Двусторонняя глухота с детства.

Примечание: глухотой следует считать отсутствие восприятия громкой разговорной речи ушной раковиной<sup>2</sup> (без пересвидетельствования устанавливается только III группа инвалидности).

12. Исходное слабоумие после перенесенной шизофрении.

При заболеваниях, указанных в пп. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 и 12, установление группы инвалидности без пересвидетельствования допускается после наблюдения ВТЭК (и лечебного учреждения) за инвалидом в течение четырёх лет.

### III ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АНАТОМИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ И ДЕФОРМАЦИИ

1. Дефекты и деформации верхней конечности: культя плеча<sup>3</sup>, культя предплечья, отсутствие кисти; ложный<sup>4</sup> сустав плеча или обеих костей предплечья; резко выраженная контрактура<sup>4</sup> или анкилоз

<sup>1</sup> См. сноску 3 на стр. 553.

<sup>2</sup> В соответствии с Письмом Министерства здравоохранения СССР, ВЦСПС и Министерства социального обеспечения РСФСР от 11 марта 1957 г.

<sup>3</sup> В случае необходимости установления II группы инвалидности при экзартикулляции или культя правого плеча срок пересвидетельствования устанавливается на общих основаниях.

<sup>4</sup> Под резко выраженной, стойкой контрактурой понимается ограничение движений в пределах 5—8°, в этом случае установление группы инвалидности без пересвидетельствования допускается при длительном наблюдении за инвалидом (не менее двух лет).

локтевого сустава в функционально невыгодном положении — под углом менее  $60^\circ$  или более  $150^\circ$  или при фиксации предплечья в положении крайней пронации или крайней супинации; болтающийся плечевой или локтевой сустав после резекции;

отсутствие всех фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый; трех пальцев кисти, включая первый; анкилоз или резко выраженная контрактура<sup>1</sup> этих же пальцев в функционально невыгодном положении; отсутствие первого и второго пальцев или трех пальцев с соответствующими пястными костями; отсутствие первых пальцев обеих кистей (если все указанные дефекты пальцев кисти являются последствием ранений, увечий, полученных на фронте, при исполнении обязанностей военной службы или на производстве).

2. Дефекты и деформации нижней конечности: культя бедра или голени на различных уровнях; культя стопы после костнопластической ампутации (типа Пирогова); порочная культя на уровне сустава Шопара и двусторонние культя на уровне сустава Лисфранка; резко выраженная контрактура или анкилоз голеностопного сустава с порочным положением стопы и значительным нарушением функции ходьбы и стояния; ложный сустав бедра или обеих костей голени; болтающийся коленный или тазобедренный сустав после резекции; резко выраженная контрактура или анкилоз тазобедренного сустава; анкилоз коленного сустава в функционально невыгодном положении под углом менее  $180^\circ$  или при укорочении конечности более чем на 7 см после резекции сустава.

3. Инородные тела в сердечной мышце или в сердечной сумке.

4. Неустраняемые, несмотря на лечение, свищи: каловые, мочевые, порождающие нечистоплотность.

5. Дефекты челюсти или твердого нёба, если протезирование не обеспечивает жевания.

6. Деформация грудной клетки в связи с последствиями перенесенного оперативного вмешательства — резекции пяти и более ребер при наличии дыхательной недостаточности (без пересвидетельствования устанавливается только III группа инвалидности; в случае определения II или I группы — на общих основаниях).

Примечание: при более тяжелых формах поражения и при комбинированных (множественных) поражениях группа инвалидности (I, II) также устанавливается без указания срока пересвидетельствования.

#### IV. ЗАБОЛЕВАНИЯ УША, ГОРЛА И НОСА

1. Отсутствие гортани после ее оперативного удаления.

#### V. ПОРАЖЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ

1. Полная слепота на оба глаза; снижение остроты зрения на оба глаза и в лучше видящем глазу до 0,03 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения обоих глаз до  $10^\circ$  в результате стойких и необратимых изменений<sup>2</sup>;

полная слепота на один глаз; снижение остроты зрения на один глаз до 0,02 при невозможности корригирования или сужения поля зрения до  $5^\circ$  (в связи с военной или производственной травмой).

Если группа инвалидности, установленная, согласно настоящему

<sup>1</sup> См. сноску 4 на стр. 554.

<sup>2</sup> При стойких патологических изменениях в глазу, поддающихся лечению, срок пересвидетельствования устанавливается на общих основаниях.

перечно, без указания срока переосвидетельствования, повышается в связи с присоединившимся другим заболеванием, то переосвидетельствование назначается на определенный Положением о ВТЭК срок.

## VI. ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ 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, которым за последние 15 лет группа инвалидности не изменялась или устанавливалась более высокая группа инвалидности.

4. Мужчинам по достижении 55 лет и женщинам — 50 лет, непрерывно признаваемых 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 5 лет подряд устанавливалась какая-либо группа инвалидности.

7. Инвалидам III группы из числа военнослужащих, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученного при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы, либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте, у которых срок переосвидетельствования наступает после достижения мужчинами — 55 лет, женщинами — 50 лет<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Пунктом 7 раздел дополнен Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС 11 апреля 1975 г. (Социальное обеспечение и страхование в СССР. Сборник нормативных актов. М., 1979 г., с. 462).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Глава 5

1. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудоустройство инвалидов. М., 1967.
2. *Методика* обследования трудового устройства инвалидов на промышленных предприятиях. Методическое письмо № 18. Л., 1964.

### Глава 6

3. *Юмашев Г. С., Ренкер К.* Основы реабилитации. М., 1973.
4. *Специальная мебель* для инвалидов с дефектами нижних конечностей. Информационно-методическое письмо № 3. Л., 1973.
5. *Маккавейский П. А.* Организационно-методические вопросы реабилитации больных нервными заболеваниями. Л., 1965.
6. *Основные методико-технические условия* создания спеццехов для устройства инвалидов вследствие туберкулеза легких, нервно-психических и сердечно-сосудистых заболеваний. М., 1970.
7. *Показания и противопоказания* к трудоустройству глухонемых, глухих и страдающих крайней степенью тугоухости. Методическое письмо. М., 1960.
8. *Трудовое устройство* инвалидов в сельском хозяйстве. Сборник трудов/Под ред. Б. М. Бурейко и А. А. Ватажиной. М., 1966.
9. *Трудовое устройство* инвалидов в сельском хозяйстве (в животноводстве и птицеводстве). — В кн.: Методическое пособие для работников органов социального обеспечения. М., 1965. Вып. 2, с. 3 — 8.
10. *Профессии* сельскохозяйственного производства, рекомендуемые для трудового устройства инвалидов при патологии внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата. Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК, терапевтов, кардиологов, пульмонологов, невропатологов, ортопедов-травматологов, хирургов, врачей медсанчастей. Харьков, 1978.

### Глава 17

1. *Значение* некоторых иммунологических методов исследования при сердечно-сосудистых заболеваниях в практике ВТЭ. Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Харьков, 1972.
2. *Врачебно-трудовая* экспертиза при вялотекущем ревматизме. Методическое письмо. М., 1960.
3. *Трудовая* реабилитация работников сельскохозяйственного производства, страдающих ревматизмом. Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепропетровск, 1972.
4. *К анализу* причин диагностических ошибок при ревматических пороках сердца и их влияние на определение трудоспособности. Методические рекомендации. Минск, 1973.
5. *Состояние* трудоспособности, причины наступления инвалидности и пути реабилитации при митральном стенозе ревматической этиологии. Методические рекомендации. Минск, 1975.
6. *Доступность* выполнения больными митральным стенозом различной степени тяжести физического труда до и после оперативного лечения. Методические рекомендации. Л., 1975.

7. *Некоторые* методы реабилитации больных и инвалидов с ревматическими пороками сердца. Методические рекомендации. Л., 1972.
8. *Экспертиза* трудоспособности при ревматических пороках сердца. Методическое письмо. М., 1965.
9. *Экспертиза* трудоспособности при врожденных пороках сердца. Методические рекомендации. Днепропетровск, 1975.
10. *Экспертиза* трудоспособности больных атеросклеротическим и миокардиотическим кардиосклерозом. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1975.
11. *Экспертиза* трудоспособности при хронических заболеваниях миокарда. Методическое письмо. М., 1960.
12. *Врачебно-трудовая* экспертиза при инфекционном неспецифическом полиартрите (ревматоидном полиартрите). Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Випница. 1977.
13. *Экспертиза* трудоспособности и показания к трудоустройству больных инфекционным неспецифическим полиартритом (ревматоидным артритом). Методическое письмо № 29. Л., 1968.
14. *Врачебно-трудовая* экспертиза больных неспецифическим ревматоидным полиартритом. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1978.
15. *Методические* рекомендации по оценке функционального состояния миокарда для врачебно-трудовой экспертизы при гипертонической и ишемической болезнях. Для врачей-экспертов и кардиологов лечебно-профилактических учреждений. М., 1972.
16. *О трудовом* устройстве и организации труда инвалидов, больных гипертонической болезнью в общих цехах промышленной кооперации. Методическое письмо № 18. М., 1956.
17. *Врачебно-трудовая* экспертиза при гипертонической болезни. Методические рекомендации. Минск, 1972.
18. *Основные* принципы трудового устройства при гипертонической болезни на предприятиях машиностроения. Методические рекомендации. Минск, 1972.
19. *Использование* данных радиокардиографии для врачебно-трудовой экспертизы больных гипертонической болезнью и симптоматической гипертонией. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1973.
20. *Некоторые* клинические аспекты установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте. Методические рекомендации. Минск, 1976.
21. *Трудоспособность* и показания к трудоустройству при гипертонической болезни. М., 1958.
22. *Совершенствование* критериев трудоспособности больных гипертонической болезнью. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1979.
23. *Показатели* трудоспособности и рекомендуемые основы трудового устройства инвалидов, перенесших инфаркт миокарда. Методическое письмо. Днепропетровск. 1964.
24. *Врачебно-трудовая* экспертиза при ишемической болезни сердца (коронарном атеросклерозе). Методические рекомендации. Минск, 1972.
25. *Уточнение* критериев трудоспособности и показания к трудоустройству больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1976.

26. *Критерии* определения трудоспособности и показания к трудоустройству при коронарной недостаточности. — В кн.: *Врачебно-трудовая экспертиза при внутренних заболеваниях*. М., 1968.
27. *Типовые* ошибки при экспертизе трудоспособности сердечно-сосудистых больных. Методическое письмо № 26. Л., 1966.
28. *Экспертиза* трудоспособности лиц, перенесших инфаркт миокарда в молодом возрасте. Методическое письмо № 23. Л., 1964.
29. *Экспертиза* трудоспособности и организация труда лиц, перенесших инфаркт миокарда. Методическое письмо № 30. Л., 1968.
30. *Экспертиза* трудоспособности при коронарном атеросклерозе. Метод. письмо № 15. Л., 1961.
31. *Экспертиза* и диагностические ошибки ВТЭК при оценке степени стойкой утраты трудоспособности у колхозников с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепронетровск, 1975.
32. *Динамическое* исследование при нарушениях кровообращения и их значение в практике врачебно-трудовой экспертизы. Информационно-методическое письмо № 4. Л., 1965.
33. *Использование* при экспертизе трудоспособности больных хронической пневмонией и ишемической болезнью сердца показателей степени напряжения функциональных систем организма при производственной деятельности. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Л., 1976.
34. *Критерии* адаптационной способности к физическим напряжениям при коронарной патологии. Информационное письмо № 13. Л., 1970.
35. *Значение* функционального исследования аппарата легочного дыхания в клинической практике. Л., 1958.
36. *Оценка* функционального состояния аппарата легочного дыхания. Методическое пособие для врачей ВТЭК и учреждений здравоохранения. Л., 1960.
37. *Функциональные* исследования и возможности их использования при экспертизе трудоспособности. Методическое пособие для врачей ВТЭК и лечебных учреждений. Л., 1960.
38. *Рентгенодиагностика* состояния функции внешнего дыхания в клинике и при экспертизе трудоспособности. Методическое пособие для врачей ВТЭК и лечебных учреждений. Л., 1960.
39. *Общие* методические основы врачебно-трудовой экспертизы и трудового устройства больных хроническими нетуберкулезными заболеваниями легких. — В кн.: *Методические основы экспертизы трудоспособности при хронических нетуберкулезных заболеваниях легких*. Л., 1964.
40. *Врачебно-трудовая* экспертиза и принципы трудового устройства больных хронической пневмонией. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Л., 1977.
41. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудовые рекомендации при хронической неспецифической пневмонии и пневмосклерозе. Методическое письмо № 4. Л., 1958.
42. *Вопросы* трудоспособности и трудоустройства больных бронхиальной астмой в условиях хлопкосеющих колхозов и совхозов. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Ташкент, 1978.
43. *Врачебно-трудовая* экспертиза при бронхиальной астме. Инструктивно-методическое письмо. Днепронетровск, 1966.
44. *Врачебно-трудовая* экспертиза и принципы трудового устройства больных бронхиальной астмой. Методическое письмо. М., 1967.

45. *Врачебно-трудова́я экспертиза и трудоустройство при бронхоэктатической болезни.* Методическое письмо № 8. Л., 1959.
46. *Оценка трудоспособности при язвенной болезни, ее осложнениях и последствиях хирургического лечения.* Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепропетровск, 1977.
47. *Врачебно-трудова́я экспертиза при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.* Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1974.
48. *Врачебно-трудова́я экспертиза при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.* Методическое письмо № 23. М., 1957.
49. *Использование показателей белкового обмена для уточнения состояния трудоспособности при основных заболеваниях пищеварительного тракта.* Информационно-методическое письмо № 8. Л., 1968.
50. *Использование показателей нарушений белкового обмена в экспертизе больных с заболеваниями желудка и печени.* Методическое пособие. Л., 1970.
51. *Врачебно-трудова́я экспертиза при желчнокаменной болезни.* Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1965.
52. *Врачебно-трудова́я экспертиза и трудовое устройство при заболеваниях желчевыводящих путей.* Методические указания. М., 1971.
53. *Врачебно-трудова́я экспертиза при панкреатитах.* Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепропетровск, 1979.
54. *Врачебно-трудова́я экспертиза при хроническом гепатито-циррозе.* Методическое письмо № 27. Л., 1968.
55. *Диспансеризация больных и инвалидов хроническим гепатитом-циррозом в условиях поликлиники.* Л., 1972.
56. *Врачебно-трудова́я экспертиза больных неспецифическим язвенным колитом.* Методические рекомендации. М., 1976.
57. *Врачебно-трудова́я экспертиза и принципы трудоустройства больных хроническими заболеваниями почек.* Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1965.
58. *Врачебно-трудова́я экспертиза при хроническом гломерулонефрите.* Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1969.
59. *Методы обследования больных эндокринными заболеваниями при направлении на ВТЭК.* Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепропетровск, 1975.
60. *Врачебно-трудова́я экспертиза и принципы трудового устройства больных сахарным диабетом.*
61. *Трудоспособность и принципы трудового устройства больных сахарным диабетом.* Методическое письмо для ВТЭК. М., 1967.
62. *Врачебно-трудова́я экспертиза больных диффузно-токсическим зобом (тиреотоксикозом).* Методическое письмо. Харьков, 1969.
63. *Врачебно-трудова́я экспертиза и трудоустройство лиц пожилого и старческого возраста.* Методические рекомендации. Л., 1975.
64. *Экспертиза трудоспособности при заболеваниях внутренних органов у лиц пенсионного возраста.* Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепропетровск, 1975.
65. *Экспертиза трудоспособности лиц пожилого и старческого возраста.* Методическое письмо № 19. Л., 1964.

## Глава 18

1. *Врачебно-трудова́я экспертиза и трудоустройство больных облитерирующим энтеритом.* Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1970.



2. *Экспертиза трудоспособности при облитерирующих болезнях периферических артериальных сосудов. Методическое письмо для врачей ВТЭК и ВКК. Харьков, 1971.*
3. *Значение современных методов исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы при тромбооблитерирующих заболеваниях нижних конечностей. Методическое письмо № 36. Л., 1971.*
4. *Врачебно-трудовая экспертиза при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей. Методические рекомендации для работников ВТЭК. М., 1973.*
5. *Врачебно-трудовая экспертиза и принципы трудоустройства при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей. Методические рекомендации. Минск, 1974.*
6. *Трудоспособность больных хроническими заболеваниями вен конечностей. Методические указания. Л., 1974.*
7. *Врачебно-трудовая экспертиза при хронической венозной недостаточности. Методическое письмо № 24. М., 1957.*
8. *Врачебно-трудовая экспертиза больных митральным стенозом, подвергшихся митральной комиссуротомии. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Л., 1977.*
9. *Доступность выполнения больными митральным стенозом различной степени тяжести физического труда до и после оперативного лечения. Методические рекомендации. Л., 1975.*
10. *Некоторые методы реабилитации больных и инвалидов с ревматическим пороком сердца. Методические рекомендации. Л., 1972.*
11. *Врачебно-трудовая экспертиза и трудовые рекомендации после удаления легкого или части его. Методические рекомендации. Л., 1957.*
12. *Врачебная экспертиза трудоспособности лиц, перенесших резекцию желудка. Методическое письмо. Днепропетровск, 1970.*
13. *Врачебно-трудовая экспертиза при желчнокаменной болезни. Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1965.*
14. *Трудоспособность лиц, перенесших холецистэктомию. Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепропетровск, 1975.*
15. *Врачебно-трудовая экспертиза и принципы трудоустройства больных хроническими заболеваниями почек. Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1965.*
16. *Трудоспособность после осложненных переломов костей верхних конечностей. Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1968.*
17. *Критерии оценки состояния трудоспособности при последствиях переломов костей голени. Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1969.*
18. *Оценка временной и стойкой утраты трудоспособности и показания к трудоустройству при внутрисуставных переломах голеностопного сустава. Методическое письмо для врачей ВТЭК и ВКК. Харьков, 1970.*
19. *Инвалидность, совершенствование ВТЭ и профессиональной реабилитации при травмах опорно-двигательной системы. Методические рекомендации. Л., 1976.*
20. *Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство при вывихах бедра различной этиологии. Методическое пособие для врачей ВТЭК и учреждений здравоохранения. Л., 1963.*
21. *Экспертиза трудоспособности при последствиях поражения тазобедренного сустава. Инструктивно-методическое письмо. Днепропетровск, 1969.*
22. *Медицинская реабилитация больных с деструктивным вывихом бедра. Методические рекомендации. Харьков, 1977.*

23. *Врачебно-трудовая* экспертиза и принципы трудоустройства при повреждениях суставов нижних конечностей. Методические рекомендации. Минск, 1976.
24. *Врачебно-трудовая* экспертиза при ложных суставах и дефектах суставных концов. Методическое письмо № 11. Л., 1960.
25. *Нейротрофические* нарушения при повреждениях дистального отдела нижних конечностей и трудоспособность при них. Методическое письмо. Днепропетровск, 1969.
26. *Экспертиза* трудоспособности и пути социально-трудовой реабилитации больных при последствиях переломов грудного и поясничного отделов позвоночника. Л., 1979.
27. *Врачебно-трудовая* экспертиза при дегенеративно-дистрофических поражениях суставов верхней конечности. Методическое письмо № 9. Л., 1959.
28. *Врачебно-трудовая* экспертиза при дегенеративно-дистрофических поражениях суставов нижней конечности. Методическое письмо № 3. Л., 1958.
29. *Экспертиза* трудоспособности больных хроническим неспецифическим остеомиелитом. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1976.
30. *Врачебно-трудовая* экспертиза при анкилозирующем спондилартрите. Методическое письмо № 25. М., 1957.
31. *Врачебно-трудовая* экспертиза при туберкулезных поражениях костно-суставного аппарата. Методическое письмо № 7. Л., 1959.
32. *Врачебно-трудовая* экспертиза при туберкулезе костей и суставов. Методические рекомендации. Л., 1975.
33. *Определение* причины инвалидности «инвалидность с детства» при костно-суставном туберкулезе по анатомо-функциональному исходу заболевания. Методические рекомендации. РСФСР. М., 1972.
34. *Врачебно-трудовая* экспертиза и профилактика инвалидности при нарушениях развития костно-суставного аппарата. Методическое письмо № 20. Л., 1964.
35. *Врачебно-трудовая* экспертиза при гиперпаратиреоидной (генерализованной) остео дистрофии. Методическое письмо № 34. Л., 1970.
36. *Экспертиза* трудоспособности больных с дисгормональной спондилопатией. Методические рекомендации. Л., 1975.
37. *Врачебно-трудовая* экспертиза при доброкачественных опухолях и опухолевидных поражениях костно-суставного аппарата. Методическое письмо № 35. Л., 1971.
38. *Врачебно-трудовая* экспертиза больных, радикально оперированных по поводу рака толстой кишки. Методические рекомендации. М., 1973.
39. *Врачебно-трудовая* экспертиза больных, леченных по поводу рака шейки матки. Методические рекомендации. М., 1974.
40. *Лечение* рака молочной железы. (Методические рекомендации). Л., 1971.

## Глава 19

1. *Основные* принципы врачебно-трудовой экспертизы при заболеваниях нервной системы. Методическое письмо № 34. М., 1958.
2. *Врачебно-трудовая* экспертиза при гипертонической болезни с преобладанием мозговых нарушений. Методическое письмо. М., 1960.
3. *Трудовой* прогноз при церебральной форме гипертонической болезни. Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепропетровск, 1978.

4. *Врачебно-трудова* экспертиза и социально-трудова реабилитация при хронической недостаточности мозгового кровообращения. Методические рекомендации. Харьков, 1977.
5. *Клиника* и врачебно-трудова экспертиза симптоматической постравматической гипертензии. Методические рекомендации. Минск, 1975.
6. *Методические основы* экспертизы трудоспособности при последствиях черепно-мозговой травмы, осложненной соматическими расстройствами. Методическое письмо для лечебной сети и работников ВТЭК. М., 1970.
7. *Клиника* и врачебно-трудова экспертиза при патологии экстракраниального отдела сонных артерий и последствиях нарушения мозгового кровообращения. Методическое письмо для врачей ВТЭК и лечебной сети. М., 1971.
8. *Врачебно-трудова* экспертиза и пути социально-трудова реабилитации больных, оперированных на магистральных артериях головного мозга в связи с их окклюзией. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1976.
9. *Врачебно-трудова* экспертиза при последствиях нарушения мозгового кровообращения в вертебро-базилярной системе. — В кн.: *Врачебно-трудова* экспертиза при заболеваниях нервной системы. Сборник методических писем для врачей ВТЭК и работников системы социального обеспечения. М., 1968, с. 5—23.
10. *Методические* рекомендации по врачебно-трудова экспертизе больных с последствиями нарушения мозгового кровообращения в вертебро-базилярной системе. Минск, 1972.
11. *Врачебно-трудова* экспертиза при аневризмах сосудов головного мозга. Методическое письмо для врачей ВТЭК и лечебной сети. М., 1971.
12. *Врачебно-трудова* экспертиза больных, оперированных по поводу мешотчатых аневризм сосудов головного мозга. Методические рекомендации. Минск, 1976.
13. *Врачебно-трудова* экспертиза при постгриппозных поражениях нервной системы. Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1965.
14. *Врачебно-трудова* экспертиза и профессиональная реабилитация инвалидов вследствие гриппозной патологии центральной нервной системы. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1978.
15. *Врачебно-трудова* экспертиза при последствиях вирусного энцефалита. Методическое письмо для врачей ВТЭК и ВКК. Харьков, 1969.
16. *Врачебно-трудова* экспертиза и принципы трудового устройства при отдаленных последствиях туберкулезного менингита. Методическое письмо. М., 1963.
17. *Методическое* руководство по экспертизе трудоспособности при клещевом энцефалите для врачей лечебно-профилактических учреждений и ВТЭК. Новокузнецк, 1971.
18. *Врачебно-трудова* экспертиза и социально-трудова реабилитация больных с ревматической патологией центральной нервной системы. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1978.
19. *Причины* ошибок экспертизы трудоспособности при рассеянном склерозе. Методические рекомендации. Минск, 1975.
20. *Врачебно-трудова* экспертиза при хроническом приобретенном нейротоксоплазмозе. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1972.

21. *Врачебно-трудова* экспертиза при последствиях закрытой черепно-мозговой травмы. Методические рекомендации. М., 1976.
22. *Трудоспособность* больных с двигательными нарушениями при последствиях черепно-мозговой травмы и пути социально-трудова реабилитации. Методическое письмо для врачебно-трудова экспертных комиссий. М., 1969.
23. *Врачебно-трудова* экспертиза и реабилитация инвалидов с поражениями головного мозга травматической и инфекционной этиологии. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Л., 1976.
24. *Клинико-физиологическое* обоснование доступности труда с нервно-психическим напряжением для инвалидов с заболеваниями нервной системы. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Л., 1979.
25. *Экспертиза* трудоспособности больных с последствиями черепно-мозговой травмы, осложненной сердечно-сосудистыми расстройствами. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1974.
26. *Трудоспособность* и трудовое устройство в горнорудной промышленности инвалидов с последствиями производственной черепно-мозговой травмы. Инструктивно-методическое письмо. Днепропетровск, 1966.
27. *Врачебно-трудова* экспертиза при последствиях травм периферических нервов конечностей. Методическое письмо № 26. М., 1957.
28. *Детские* церебральные параличи, вопросы врачебно-трудова экспертизы и социально-трудова реабилитации. Методические рекомендации для врачей-курсантов и невропатологов лечпрофучреждений. Новокузнецк, 1978.
29. *Врачебно-трудова* экспертиза больных, оперированных по поводу доброкачественных экстрамедуллярных опухолей спинного мозга. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1974.
30. *Врачебно-трудова* экспертиза при сирингомиелии. Методическое письмо. Днепропетровск, 1960.
31. *Врачебно-трудова* экспертиза и социально-трудова реабилитация больных миастенией. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1975.
32. *Врачебно-трудова* экспертиза при поражении дизэнцефальных отделов мозга. Методическое письмо. М., 1969.
33. *Основные* принципы врачебно-трудова экспертизы и реабилитации больных нарколепсией. Методические рекомендации. Л., 1976.
34. *Врачебно-трудова* экспертиза при нейроэндокринных заболеваниях. Методическое письмо. М., 1961.
35. *Врачебно-трудова* экспертиза при церебральных арахноидитах. Методическое письмо. М., 1960.
36. *Значение* исследований головной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга для диагностики и врачебно-трудова экспертизы больных хроническими церебральными арахноидитами. Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепропетровск. 1978.
37. *Врачебно-трудова* экспертиза при оптохиазмальном лептоменингите. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. Л., 1979.
38. *Экспертиза* трудоспособности и трудовое устройство при эпилепсии. Методическое письмо № 21. Л., 1964.
39. *Значение* рационального трудоустройства для профилактики инвалидности и восстановления трудоспособности больных эпилепсией и с эпилептиформным синдромом при отдаленных последствиях закрытой черепно-мозговой травмы. Методические рекомендации. Л., 1973.

40. *Прогноз трудоспособности при эпилепсии в связи с успехами медикаментозной терапии для врачебно-трудовых экспертных комиссий.* Методическое письмо. М., 1967.
41. *Социально-трудовая реабилитация больных эпилепсией.* Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1976.
42. *Основные критерии состояния трудоспособности и пути реабилитации больных эпилепсией.* Методические рекомендации. Л., 1972.
43. *Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство больных туберкулезным спондилитом с неврологическими нарушениями, заболевших в детстве.* Методическое письмо № 33. Л., 1969.
44. *Неврологические синдромы при шейном остеохондрозе (клиника и врачебно-трудовая экспертиза).* Методическое письмо для врачебно-трудовых экспертных комиссий. М., 1966.
45. *Врачебно-трудовая экспертиза при осложненном шейном остеохондрозе.* Методические рекомендации. Минск, 1972.
46. *Врачебно-трудовая экспертиза при пояснично-крестцовом радикулите.* Методическое письмо № 27. М., 1957.
47. *Врачебно-трудовая экспертиза лиц, страдающих поясничным остеохондрозом.* Методические рекомендации для врачей ВТЭК и ВКК. Днепропетровск, 1978.
48. *Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы профессионального генеза.* Методические рекомендации для врачей-экспертов. М., 1972.

#### Глава 20

1. *Врачебно-трудовая экспертиза при психических заболеваниях.* Методическое письмо № 6. М., 1955.
2. *Ошибки в работе специализированных психиатрических ВТЭК.* Методическое письмо. М., 1967.
3. *Врачебно-трудовая экспертиза и трудовое устройство больных шизофренией.* Методическое письмо № 14. М., 1959.
4. *Экспертная тактика при решении вопросов трудоспособности больных приступообразной шизофренией.* Методические указания для врачей ВТЭК. М., 1971.
5. *Клинические и социальные критерии трудового прогноза больных шизофренией с приступообразным течением.* Методические указания для врачей ВТЭК. М., 1975.
6. *Экспертиза трудоспособности и трудоустройство инвалидов при отдаленных последствиях закрытой черепно-мозговой травмы с эпилептическими и эпилептиформными припадками и с психическими нарушениями.* Методическое письмо № 22. Л., 1964.
7. *Социально-трудовое прогнозирование и трудовое устройство больных с психическими нарушениями в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.* Методические рекомендации. Л., 1975.
8. *Врачебно-трудовая экспертиза и трудовое устройство больных олигофренией.* Методическое письмо для работников ВТЭК. М., 1965.
9. *Экспертиза трудоспособности и трудоустройство при маниакально-депрессивном психозе и при отдаленных последствиях закрытой черепно-мозговой травмы с маниакальными и депрессивными синдромами.* Методическое письмо № 29. Л., 1967.
10. *Врачебно-трудовая экспертиза при неврозах и психопатиях.* Инструктивно-методическое письмо. Днепропетровск, 1966.

11. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудовое устройство при психопатиях. Методическое письмо № 16. Л., 1961.
12. *Врачебно-трудовая* экспертиза при некоторых психопатологических синдромах в отдаленном периоде инфекционных заболеваний головного мозга. Методические рекомендации. Минск, 1973.
13. *Врачебно-трудовая* экспертиза при психических заболеваниях, развивающихся на почве хронического алкоголизма. М., 1965.
14. *Клиника* и трудоспособность при психических заболеваниях инволюционного периода. Методическое письмо. М., 1960.

## Глава 21

1. *Методические* указания по определению временной нетрудоспособности у больных туберкулезом легких. Л., 1964.
2. *Положение* о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию (с изменениями и дополнениями на 17 октября 1977 г.), п. 9.— В кн.: Справочник профсоюзного работника. М., 1979.
3. *Критерии* определения временной и стойкой нетрудоспособности при легочном туберкулезе. Методические указания. Фрунзе, 1974.
4. *Методические* указания о работе специализированных ВТЭК для экспертизы трудоспособности больных туберкулезом. М., 1957.
5. *Методические* указания о работе специализированных туберкулезных ВТЭК и направлении больных па эти комиссии лечебно-профилактическими учреждениями. Киев, 1964.
6. *Наиболее* частые ошибки в практике ВТЭК больных туберкулезом легких и пути их устранения. Методическое письмо № 28. Л., 1967.
7. *Роль* функциональных исследований дыхательной и сердечно-сосудистой систем при определении трудоспособности больных туберкулезом врачебно-трудовой экспертной комиссией. Методическое письмо. Львов, 1968.
8. *Функциональные* исследования легочно-сердечной системы в экспертизе трудоспособности больных туберкулезом. Методические указания. Минск, 1973.
9. *Функциональное* исследование внешнего дыхания при туберкулезе легких в практике врачебно-трудовой экспертизы. Методическое письмо. М., 1964.
10. *Функциональная* диагностика сердечно-сосудистых нарушений при туберкулезе легких в практике врачебно-трудовой экспертизы. Методическое письмо. М., 1970.
11. *Трудовое* устройство больных туберкулезом легких. Методическое письмо № 30. М., 1958.
12. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудоустройство инвалидов в-связи с заболеванием туберкулезом легких в сельской местности. Методические рекомендации. М., 1973.
13. *Трудовое* устройство в сельском хозяйстве инвалидов, больных туберкулезом легких. Методическое письмо. М., 1966.
14. *Условия* и характер труда, показанные больным и инвалидам с затихающим и клинически излеченным туберкулезом легких. Методические рекомендации. М., 1974.
15. *Трудоспособность* больных инфильтративным туберкулезом легких. Методическое письмо. М., 1965.
16. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудоустройство при хроническом фиброзно-кавернозном туберкулезе. Методическое письмо. М., 1959.

17. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудоустройство больных после торакопластики по поводу туберкулеза легких. Методическое письмо. № 6. Л., 1958.
18. *ВТЭ* и трудовое устройство больных, подвергшихся плеврэктомии по поводу туберкулезной эмпиемы. Методические рекомендации. Л., 1973.
19. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудовое устройство больных с искусственным пневмотораксом. Методическое письмо № 25. Л., 1966.
20. *Врачебно-трудовая* экспертиза и основы трудоустройства больных легочным туберкулезом с экстраплевральным пневмотораксом. Методическое письмо № 14. Л., 1960.
21. *Диагностика* и значение нарушения функции дыхания и сердечно-сосудистой системы для врачебно-трудовой экспертизы больных, перенесших резекцию легких по поводу туберкулеза. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1972.
22. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудовое устройство больных туберкулезом легких после лобэктомии. Методические рекомендации. Л., 1975.
23. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудоустройство больных туберкулезом после сегментарных и атипичных резекций легких. Методические рекомендации. Л., 1975.
24. *Врачебно-трудовая* экспертиза при силикотуберкулезе. Методическое письмо. Свердловск, 1968.
25. *Трудоспособность* больных туберкулезом внутрибрюшных (брыжеечных и забрюшинных) лимфатических желез. Методическое письмо. М., 1961.
26. *Врачебно-трудовая* экспертиза больных туберкулезом мочеполовой системы. Методическое письмо. М., 1961.

#### Глава 22

1. *Экспертиза* временной нетрудоспособности при заболеваниях органа зрения. М., 1967.
2. *Методические* указания по организации работы специализированных ВТЭК для экспертизы трудоспособности лиц с дефектами и заболеваниями органа зрения. М., 1960.
3. *Функциональные* методы исследования при экспертизе трудоспособности больных с нарушением зрения. Информационно-методическое письмо № 7. Л., 1968.
4. *Методические* основы врачебно-трудовой экспертизы при заболеваниях органа зрения. М., 1963.
5. *Методика* оценки состояния зрения при экспертизе трудоспособности. Методическое письмо № 12. Л., 1960.
6. *Таблица* ЛИЭТИНа для исследования остроты зрения у слабовидящих. Методические указания. Л., 1967.
7. *Таблица* для исследования остроты зрения с трех метров. Методические указания для слушателей. Л., 1974.
8. *Двухразрывные* уравновешенные кольца для исследования остроты зрения у слабовидящих. Методическое пособие. Л., 1974.
9. *Круглые* штриховые миры для исследования остроты зрения. Методические указания. Л., 1967.
10. *Пробные* шрифты для ориентировочного исследования остроты зрения вблизи у слабовидящих. Методические указания. Л., 1974.
11. *Таблица* шрифтов ЛИЭТИНа для исследования остроты зрения вблизи у слабовидящих. Методические указания. Л., 1974.

12. *Значение исследования порогов контрастной чувствительности и цветоразличения слабовидящих в практике ВТЭ. Методические рекомендации.* Л., 1975.
13. *Методические ошибки при экспертизе трудоспособности больных с заболеваниями органа зрения. Методическое пособие.* Л., 1965.
14. *Методические указания к пользованию клеточными таблицами для исследования остроты зрения на нистагмаппарате.* Л., 1965.
15. *Новый метод объективной оценки возможностей зрительного анализатора слабовидящих при чтении. Информационно-методическое письмо № 2.* Л., 1963.
16. *Электрофизиологические методы исследования при экспертизе трудоспособности больных и инвалидов с заболеваниями органа зрения. Методические рекомендации.* Л., 1974.
17. *Врачебно-трудовая экспертиза при тяжелых последствиях повреждения органа зрения. Методическое письмо.* М., 1963.
18. *Экспертиза трудоспособности и показания к трудоустройству при одноглазии или потере зрения на один глаз. Методическое письмо № 36.* М., 1959.
19. *Врачебно-трудовая экспертиза при высокой близорукости. Методические рекомендации.* М., 1971.
20. *Врачебно-трудовая экспертиза при близорукости. Методические рекомендации.* Днепропетровск, 1976.
21. *Профилактика инвалидности и социально-трудовая реабилитация инвалидов вследствие близорукости. Методические рекомендации.* Днепропетровск, 1976.
22. *Клинико-функциональные критерии оценки трудоспособности больных с близорукостью. Методические рекомендации.* Минск, 1979.
23. *Социально-трудовая реабилитация инвалидов с прогрессирующей близорукостью. Методические рекомендации.* М., 1978.
24. *Трудоустройство инвалидов вследствие близорукости. Методические рекомендации.* Днепропетровск, 1978.
25. *Врачебно-трудовая экспертиза при туберкулезном поражении глаз. Методические рекомендации.* Днепропетровск, 1975.
26. *Методика повышения эффективности антибактериальной терапии при туберкулезе глаз. Методические рекомендации.* Л., 1977.
27. *Организация диспансерной помощи больным внегочными формами туберкулеза. Методические указания.* М., 1973.
28. *Врачебно-трудовая экспертиза лиц с патологией органа зрения после кератопротезирования. Методические рекомендации.* М., 1975.
29. *Врачебно-трудовая экспертиза и социально трудовая реабилитация при заболеваниях хрусталика.* М., 1975.
30. *Некоторые вопросы врачебно-трудовой экспертизы, медицинской и социальной реабилитации при заболеваниях хрусталика. Методические рекомендации.* Минск, 1975.
31. *Вопросы клиники, диагностики и врачебно-трудовой экспертизы при дистрофии сетчатки. Методические рекомендации.* Минск, 1975.
32. *Врачебно-трудовая экспертиза при пигментной дегенерации сетчатки. Методические рекомендации.* Л., 1973.
33. *Врачебно-трудовая экспертиза при отслойке сетчатки. Методические рекомендации.* Минск, 1976.
34. *Методические рекомендации по врачебно-трудовой экспертизе больных, перенесших острую непроходимость сосудов сетчатки и зрительного нерва.* М., 1972.
35. *Врачебно-трудовая экспертиза при атрофии зрительного нерва. Методические рекомендации.* Львов, 1972.



36. *Справочник по врачебно-трудовой экспертизе. Раздел «Заболевания органа зрения».* М., 1972, с. 326—327.
37. *Врачебно-трудовая экспертиза при оптохиазмальном лептоменингите. Методические рекомендации.* Л., 1979.
38. *Показания для трудового устройства инвалидов III группы с патологией органа зрения на учебно-производственных предприятиях Всероссийского общества слепых. Методические рекомендации.* М., 1976.
39. *Показания к приему на обучение инвалидов в техникумы-интернаты и профессионально-технические училища-интернаты органов социального обеспечения. Методические указания.* М., 1968.
40. *Новые принципы определения показаний к рациональному трудовому устройству инвалидов по зрению на УПП ВОС. Методические рекомендации.* М., 1977. Приложение: Справочная таблица для определения трудовых рекомендаций ВТЭК.
41. *Организация и особенности трудового устройства инвалидов I и II групп «по зрению» на учебно-производственных предприятиях. Методические рекомендации.* Минск, 1979.
42. *Основные принципы трудовых рекомендаций. Методическое письмо.* Л., 1960.
43. *Основы трудового устройства слепых и слабовидящих на УПП. Методические рекомендации.* Минск, 1974.
44. *О физиологическом обосновании некоторых вопросов трудового устройства и обучения слепых. Информационное письмо.* Л., 1965.
45. *Профессии и работы, рекомендуемые инвалидам с заболеваниями глаз в сельском хозяйстве. Методическое письмо.* М., 1964.
46. *Оптимальные условия работы для слабовидящих при выполнении слесарно-сборочных работ в УПП ВОС. Информационно-методическое письмо.* Л., 1968.
47. *Оптимальные условия зрительной работы при изготовлении картонажных изделий в УПП ВОС. Информационное письмо № 14.* Л., 1972.
48. *О влиянии условий в штамповочных цехах УПП ВОС на функциональное состояние органа зрения слабовидящих. Информационно-методическое письмо № 12.* Л., 1970.
49. *Оптимальные условия зрительной работы при прессовании пластмасс в УПП ВОС. Информационное письмо № 16.* Л., 1971.
50. *Требования к органу зрения при различных видах труда. Методические рекомендации.* Днепропетровск, 1979.
51. *Факторы оптимизации зрительной работы слабовидящих (с высокой осложненной близорукостью, заболеваниями роговицы и хрусталика). Методические рекомендации.* Л., 1978.

#### Глава 23

1. *Марциковский Б. И. Экспертиза трудоспособности при профессиональных заболеваниях.* М., 1953.
2. *Летавет А. А. Профессиональные заболевания.* М., 1973.
3. *Инструкция по применению списка профессиональных заболеваний.* М., 1970. П. 7.
4. *Принципы организации экспертизы трудоспособности при профессиональных заболеваниях. Методические рекомендации.* Л., 1972.
5. *Молоканов К. П. Реабилитация при пневмокониозах.* М., 1977.
6. *Принципы трудоустройства инвалидов вследствие пневмокониозов в горнорудной, машиностроительной и металлургической промышленности. Методические рекомендации.* М., 1976.

7. *Врачебно-трудовая* экспертиза при пневмокониозах. Методическое письмо № 31. М., 1958.
8. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудоустройство при антракосиликозе и антракосиликотуберкулезе. Методическое письмо № 8. М., 1955.
9. *Клинико-физиологические* критерии недостаточности и компенсации функции дыхания и кровообращения для экспертизы трудоспособности при антракосиликозе. Методическое письмо. Харьков, 1971.
10. *Врачебно-трудовая* экспертиза при эмфиземе легких у шахтеров-угольщиков. Методическое письмо. М., 1969.
11. *Профессиографический* перечень рекомендуемых работ при трудоустройстве больных антракосиликозом в угольной промышленности Ростовской области. Методическое пособие. М., 1961.
12. *Врачебно-трудовая* экспертиза при вибрационной болезни. Методическое письмо № 24. Л., 1965.
13. *Врачебно-трудовая* экспертиза при вибрационной болезни, вызванной локальной вибрацией. Методические рекомендации. М., 1972.
14. *Особенности* врачебно-трудовой экспертизы и трудоустройства при вибрационной болезни в условиях горнорудной промышленности. Методические рекомендации. М., 1974.
15. *Врачебно-трудовая* экспертиза при вибрационной болезни, вызванной общей вибрацией. Методические рекомендации. М., 1975.
16. *Врачебно-трудовая* экспертиза при заболеваниях пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы профессионального генеза. Методические рекомендации. М., 1972.
17. *Врачебно-трудовая* экспертиза, показания к трудоустройству ткачих с профессиональной тугоухостью и нарушением функции вестибулярного аппарата. Методическое письмо. М., 1967.
18. *Врачебно-трудовая* экспертиза и трудоустройство больных с хронической интоксикацией углеводородами. Методические рекомендации. М., 1976.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение (П. А. Маккавейский, А. М. Кузнецов) . . . . .	3
Глава 1. Экспертиза временной нетрудоспособности (Л. Н. Карпов) . . . . .	10
Общие вопросы экспертизы временной нетрудоспособности . . . . .	10
Экспертиза временной нетрудоспособности при болезни и травме . . . . .	12
Особенности экспертизы временной нетрудоспособности у длительно и часто болеющих и работающих инвалидов . . . . .	14
Другие виды временной нетрудоспособности . . . . .	17
Глава 2. Общие основы экспертизы постоянной или длительной утраты трудоспособности (Л. Н. Карпов) . . . . .	20
Определение групп инвалидности . . . . .	20
Переосвидетельствование инвалидов . . . . .	23
Причины инвалидности . . . . .	24
Определение времени наступления инвалидности . . . . .	29
Глава 3. Установление степени утраты трудоспособности рабочими и служащими, получившими увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой, для определения размера возмещения причиненного ущерба (А. М. Кузнецов) . . . . .	30
Глава 4. Организация работы ВТЭК (П. А. Маккавейский, Л. Н. Карпов, М. Б. Кадыскин) . . . . .	44
Делопроизводство во ВТЭК . . . . .	58
Статистика врачебно-трудоустройственной экспертизы (П. А. Маккавейский, М. Б. Кадыскин) . . . . .	67
Глава 5. Теоретические и методические основы трудового устройства инвалидов (А. И. Улитина) . . . . .	76
Глава 6. Организационные основы трудового устройства инвалидов (А. И. Улитина) . . . . .	82
Формы трудового устройства инвалидов . . . . .	90
Трудовое устройство инвалидов Отечественной войны . . . . .	94
Трудовое устройство инвалидов в сельском хозяйстве . . . . .	96
Глава 7. Социальные факторы и их значение в трудовом устройстве инвалидов и определении трудовых рекомендаций (А. И. Улитина) . . . . .	100
Глава 8. Трудовая рекомендация ВТЭК (А. И. Улитина) . . . . .	106
Основные принципы определения трудовых рекомендаций . . . . .	107
Глава 9. Методика обследования трудового устройства инвалидов (А. И. Улитина) . . . . .	110
Глава 10. Организационно-правовые формы и виды материального обеспечения инвалидов в СССР (А. М. Кузнецов) . . . . .	117
Глава 11. Трудовое устройство (обеспечение) инвалидов (А. М. Кузнецов) . . . . .	120
Содержание понятия «трудоустройство инвалидов» . . . . .	120
Основные правовые гарантии трудового устройства инвалидов . . . . .	121
Правовая организация труда инвалидов на государственных предприятиях общего типа . . . . .	123

<b>Глава 12. Трудовое устройство (обеспечение) инвалидов, работающих на специализированных предприятиях (А. М. Кузнецов)</b>	148
Общие положения . . . . .	148
Регулирование труда инвалидов, работающих в спеццехах . . . . .	150
Регулирование труда инвалидов, работающих на дому . . . . .	154
Особенности трудового обеспечения инвалидов в учреждениях социального обеспечения и здравоохранения . . . . .	156
<b>Глава 13. Трудовые права инвалидов по зрению, работающих в системе Всероссийского общества слепых (ВОС) (А. М. Кузнецов)</b>	159
Цель и задачи Всероссийского общества слепых . . . . .	159
Общая характеристика учебно-производственных предприятий ВОС . . . . .	160
Трудовые права инвалидов по зрению, работающих в УПП ВОС . . . . .	160
<b>Глава 14. Трудовые права глухих, работающих в системе Всероссийского общества глухих (ВОГ) (А. М. Кузнецов)</b>	162
Цель и задачи Всероссийского общества глухих . . . . .	162
Роль МК профсоюзов и ячеек ВОГ в обеспечении нормальных условий труда глухих . . . . .	163
<b>Глава 15. Бытовое обеспечение инвалидов (А. М. Кузнецов)</b>	164
Материально-бытовое обеспечение престарелых и инвалидов в домах-интернатах . . . . .	164
Обеспечение жилой площадью, коммунальные услуги . . . . .	166
Обеспечение специальными транспортными средствами, пользование пассажирским транспортом . . . . .	167
Медицинское обслуживание, лечение, протезирование . . . . .	170
Бытовое обслуживание инвалидов . . . . .	172
Льготы по налогам . . . . .	173
<b>Глава 16. Надзор и контроль за соблюдением законодательства о труде инвалидов (А. М. Кузнецов)</b>	175
<b>Глава 17. Методические материалы по врачебно-трудовой экспертизе при внутренних болезнях (А. И. Митропольский, И. С. Тимесков)</b>	179
ВТЭ при ревматизме в активной фазе с вовлечением сердца (ревмокардите) . . . . .	179
ВТЭ при ревматических пороках сердца . . . . .	181
ВТЭ при врожденных пороках сердца . . . . .	185
ВТЭ при миокардитах и миокардитическом кардиосклерозе . . . . .	188
ВТЭ при ревматоидном артрите . . . . .	191
ВТЭ при гипертонической болезни . . . . .	193
ВТЭ при ишемической болезни сердца . . . . .	198
ВТЭ больных с сердечной недостаточностью . . . . .	207
ВТЭ при хронических болезнях органов дыхания (И. С. Тимесков). . . . .	211
ВТЭ при хронической пневмонии . . . . .	213
ВТЭ при бронхиальной астме . . . . .	216
ВТЭ при бронхоэктатической болезни . . . . .	218
ВТЭ при эмфиземе легких . . . . .	220
ВТЭ при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (И. С. Тимесков) . . . . .	221

ВТЭ при хронических заболеваниях желчевыводящих путей . . . . .	223
ВТЭ при хроническом панкреатите . . . . .	226
ВТЭ при хроническом гепатите и циррозе печени . . . . .	227
ВТЭ при язвенном хроническом (неспецифическом язвенном) колите . . . . .	232
ВТЭ при хронических заболеваниях почек . . . . .	234
ВТЭ при хроническом гломерулонефрите . . . . .	236
ВТЭ при нефротическом синдроме (амилоидно-липоидном нефрозе). . . . .	238
ВТЭ при кистозной болезни (поликистозе) почек . . . . .	239
ВТЭ при сахарном диабете . . . . .	239
ВТЭ при диффузном токсическом зобе (тиреотоксикозе) . . . . .	241
ВТЭ при заболеваниях внутренних органов у лиц пенсионного возраста . . . . .	243
<b>Глава 18. Методические материалы по врачебно-трудовой экспертизе при хирургических болезнях (Ю. М. Емельянова) . . . . .</b>	<b>246</b>
ВТЭ при облитерирующих болезнях периферических артериальных сосудов . . . . .	246
ВТЭ при облитерирующем эндартериите сосудов конечностей . . . . .	246
ВТЭ при атеросклерозе (облитерирующем атеросклерозе) артерий нижних конечностей . . . . .	251
ВТЭ при хронических заболеваниях вен конечностей . . . . .	252
ВТЭ больных митральным стенозом, перенесших митральную комиссуротомию . . . . .	255
ВТЭ лиц после удаления легкого или части его по поводу нетуберкулезного поражения . . . . .	259
ВТЭ лиц, перенесших резекцию желудка . . . . .	261
ВТЭ при желчнокаменной болезни и постхолецистэктомическом синдроме . . . . .	265
ВТЭ лиц, перенесших нефрэктомию . . . . .	267
ВТЭ при осложненных переломах костей верхних конечностей . . . . .	268
ВТЭ при повреждении суставов нижних конечностей . . . . .	272
ВТЭ при вывихах бедра . . . . .	276
ВТЭ при ложных суставах . . . . .	279
ВТЭ при последствиях повреждений дистальных отделов нижних конечностей с нейротрофическими нарушениями . . . . .	282
ВТЭ при переломах позвоночника, не осложненных повреждением спинного мозга . . . . .	283
ВТЭ при дегенеративно-дистрофических поражениях суставов верхней конечности . . . . .	289
ВТЭ при дегенеративно-дистрофических поражениях суставов нижней конечности . . . . .	292
ВТЭ при хроническом неспецифическом остеомиелите . . . . .	295
ВТЭ при анкилозирующем спондилите (спондилартрите) . . . . .	297
ВТЭ при туберкулезном поражении костно-суставного аппарата . . . . .	299
Определение причины инвалидности «инвалидность с детства» при костно-суставном туберкулезе . . . . .	301
ВТЭ при нарушениях развития костно-суставного аппарата . . . . .	303
Врожденные нарушения развития костно-суставного аппарата . . . . .	303

Вторичные нарушения развития костно-суставного аппарата . . . . .	307
ВТЭ при гиперпаратиреодной (генерализованной) остеодистрофии . . . . .	308
ВТЭ при дистормональной спондиллопатии . . . . .	311
ВТЭ при доброкачественных новообразованиях и опухолевидных поражениях костно-суставного аппарата . . . . .	314
ВТЭ при злокачественных новообразованиях . . . . .	318
ВТЭ лиц, радикально оперированных по поводу рака толстого кишечника . . . . .	320
ВТЭ больных, радикально леченных по поводу рака шейки матки . . . . .	323
<b>Глава 19. Методические материалы по врачебно-трудовой экспертизе при нервных болезнях (А. Ю. Макаров) . . . . .</b>	<b>325</b>
Основные принципы ВТЭ при нервных болезнях . . . . .	325
ВТЭ при гипертонической болезни с преобладанием мозговых нарушений и симптоматической посттравматической гипертонии . . . . .	326
ВТЭ при патологии магистральных артерий головного мозга и последствиях нарушения мозгового кровообращения . . . . .	331
ВТЭ при аневризмах сосудов головного мозга . . . . .	333
ВТЭ при постгриппозных поражениях нервной системы . . . . .	335
ВТЭ при туберкулезном менингите . . . . .	337
ВТЭ при клещевом энцефалите . . . . .	338
ВТЭ при нейроревматизме . . . . .	339
ВТЭ при рассеянном склерозе . . . . .	340
ВТЭ при хроническом приобретенном нейротоксоплазмозе . . . . .	341
ВТЭ при последствиях травм головного мозга . . . . .	342
ВТЭ при последствиях травм периферических нервов конечностей . . . . .	347
ВТЭ при детском церебральном параличе . . . . .	349
ВТЭ при экстремедуллярных опухолях спинного мозга . . . . .	351
ВТЭ при синингомиелинии . . . . .	352
ВТЭ при миастении . . . . .	353
ВТЭ больных с гипоталамическим (дисэнцефальным) синдромом . . . . .	356
ВТЭ при нарколепсии . . . . .	359
ВТЭ при нейроэндокринных заболеваниях . . . . .	362
ВТЭ при церебральном арахноидите (лептоменингите) . . . . .	364
ВТЭ при эпилепсии . . . . .	367
ВТЭ при туберкулезном спондилите с неврологическими нарушениями . . . . .	370
ВТЭ при осложненном шейном остеохондрозе . . . . .	372
ВТЭ при пояснично-крестцовом радикулите . . . . .	375
<b>Глава 20. Методические материалы по врачебно-трудовой экспертизе при психических болезнях (Р. М. Войтенко) . . . . .</b>	<b>378</b>
Общие вопросы ВТЭ психически больных . . . . .	378
ВТЭ при шизофрении . . . . .	382
ВТЭ при последствиях черепно-мозговой травмы с психическими нарушениями . . . . .	390
ВТЭ при умственной отсталости (олигофрении) . . . . .	397
ВТЭ при маниакально-депрессивном психозе . . . . .	402

ВТЭ при неврозах и психопатиях . . . . .	403
ВТЭ при отдаленных последствиях инфекционных заболеваний головного мозга с психическими нарушениями . . . . .	407
ВТЭ при хроническом алкоголизме . . . . .	409
ВТЭ при инволюционных психозах . . . . .	411
<b>Глава 21. Законодательные и методические материалы по</b> <b>врачебно-труподовой экспертизе при туберкулезе (Н. В. Татарский)</b> . . . . .	414
Туберкулез органов дыхания . . . . .	419
ВТЭ при инфильтративном и фиброзно-кавернозном туберкулезе легких . . . . .	435
ВТЭ больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу туберкулеза легких . . . . .	438
ВТЭ при силикоотуберкулезе . . . . .	448
ВТЭ при внелегочном туберкулезе . . . . .	451
ВТЭ при туберкулезе внутрибрюшных (брыжечных и забрюшинных) лимфатических узлов (туберкулезном метастазе) . . . . .	451
ВТЭ при туберкулезе мочеполовых органов . . . . .	452
<b>Глава 22. Законодательные и методические материалы по</b> <b>врачебно-труподовой экспертизе при глазных болезнях (Н. В. Серпукрыл)</b> . . . . .	456
ВТЭ при последствиях травматического повреждения органа зрения . . . . .	466
ВТЭ при высокой миопии (близорукости) . . . . .	468
ВТЭ при туберкулезе глаза . . . . .	470
ВТЭ при болезнях роговицы и хрусталика . . . . .	472
ВТЭ при дистрофиях сетчатки . . . . .	476
ВТЭ при отслойке сетчатки . . . . .	479
ВТЭ больных, перенесших окклюзию (острую непроходимость) сосудов сетчатки и зрительного нерва . . . . .	481
ВТЭ при атрофии зрительных нервов . . . . .	483
ВТЭ при оптико-хиазмальном лептоменингите . . . . .	484
Особенности труподового устройства инвалидов вследствие заболеваний глаз . . . . .	486
Льготы для инвалидов по зрению . . . . .	491
<b>Глава 23. Законодательные и методические материалы по</b> <b>врачебно-труподовой экспертизе при профессиональных болезнях</b> <b>и отравлениях (В. К. Шевченко)</b> . . . . .	494
ВТЭ при пневмокониозах и других профессиональных болезнях легких . . . . .	500
ВТЭ при вибрационной болезни . . . . .	510
ВТЭ при заболеваниях пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы профессионального генеза . . . . .	516
ВТЭ ткачих с профессиональной тугоухостью и нарушением функций вестибулярного аппарата . . . . .	517
ВТЭ и труподовое устройство больных с хронической интоксикацией углеводородами . . . . .	518
<b>Приложения</b> . . . . .	520
Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях (в том числе в клиниках высших медицинских учебных заведений, институтов усовершенствования врачей и научно-иссле-	

тельских институтов) . . . . .	520
Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях (ВТЭК) . . . . .	527
Инструкция по определению групп инвалидности . . . . .	536
Перечень медицинских показаний на получение инвалидами Отечественной войны и другими инвалидами из числа военнослужащих автомобилей «Запорожец» с ручным управлением . . . . .	541
Перечень медицинских показаний на получение инвалидами мотоциклов с ручным управлением . . . . .	542
Медицинские противопоказания, препятствующие допуску инвалидов к управлению автомобилем «Запорожец» с ручным управлением (Л. Н. Кирилов) . . . . .	543
Медицинские противопоказания, препятствующие допуску к управлению мотоциклами для инвалидов . . . . .	546
Положение о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих . . . . .	547
Перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока переосвидетельствования . . . . .	553
Список литературы . . . . .	557

Г  
ЭК

**СПРАВОЧНИК  
ДОКУМЕНТОВ  
ПО ВТЭ  
И ТРУДОУСТРОЙСТВУ  
ИНВАЛИДОВ**

Редактор **З. Д. Шварцман**  
 Редактор издательства **Е. Н. Старопольская**  
 Художественный редактор **Н. Д. Наумова**  
 Переплет художника **В. Н. Нечаева**  
 Технический редактор **Л. И. Данилова**  
 Корректор **Р. И. Гольдина**

ИБ № 1789

Сдано в набор 21.04.81. Подписано в печать 27.11.81. М—15281. Формат бумаги 84 x 108<sup>1/2</sup>. Бумага типографская № 2. Гарнитура таймс. Печать высокая. Усл. печ. л. 30,24. Усл. кр.-отг. 30,24. Уч.-изд. л. 47,86. Тираж 100 000 экз. Заказ № 1889. Цена 2 р. 70 к.

Ленинград, ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Ленинградское отделение, 191104, Ленинград, ул. Некрасова, д. 10.

Ордена Октябрьской Революции, ордена Трудового Красного Знамени Ленинградское производственно-техническое объединение «Печатный Двор» имени А. М. Горького Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли, 197136, Ленинград, П-136, Чкаловский пр., 15.