

*На правах рукописи*

*Т. А. ГРЯЗНОВА*

ТРУДОСПОСОБНОСТЬ  
КЛИНИЧЕСКИ ИЗЛЕЧЕННЫХ  
ОТ КАВЕРНОЗНОГО  
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

г. Свердловск  
1963 г.

*На правах рукописи*

Т. А. ГРЯЗНОВА

ТРУДОСПОСОБНОСТЬ  
КЛИНИЧЕСКИ ИЗЛЕЧЕННЫХ  
ОТ КАВЕРНОЗНОГО  
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

г. Свердловск  
1963 г.

Из Свердловского научно-исследовательского института туберкулеза Министерства здравоохранения РСФСР (директор — профессор *И. А. Шакlein*) и кафедры туберкулеза Свердловского Государственного медицинского института (ректор — профессор *А. Ф. Зверев*, зав. кафедрой — профессор *И. А. Шакlein*).

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор *Т. Г. Ренева*.

Кандидат медицинских наук *Ф. М. Коган*.

Дата рассылки автореферата „5“ III 1963 г.

Дата защиты диссертации „5“ IV 1963 г.

Повышение материального и культурного уровня населения, достижения науки и практики в области лечения туберкулеза, улучшение работы по раннему выявлению его — создают условия для излечения подавляющего большинства больных, в том числе и кавернозным туберкулезом легких.

Количество излеченных от туберкулеза, снятых с учета тубдиспансеров в связи с выздоровлением, увеличивается. Поэтому, в настоящее время большое значение приобретает определение критерии излечения больных и их трудовой реадаптации. Правильная характеристика трудоспособности служит предпосылкой для рационального применения труда, соответственно восстановленной трудоспособности, что способствует стойкому сохранению ее и является одним из факторов, предупреждающих появление рецидивов.

Если вопросы заживления нашли довольно широкое отражение в печати (В. Л. Эйнис, 1957 г., А. Е. Рабухин, 1950 г., Н. А. Параф, Бернар, Н. А. Шмелев, 1959 г., М. И. Ойфебах, 1959 г., М. А. Клебанов, 1960 г. и др.), то работы, касающиеся трудоспособности клинически излеченных от кавернозного туберкулеза, единичны (Е. Клионский, 1935 г., С. Е. Незлин, 1959, 1960 гг.).

В 1960 г. С. Е. Незлин освещает вопросы трудоспособности при некоторых формах клинически излеченного туберкулеза легких. Автор останавливается отдельно на характеристике трудоспособности лиц, перенесших торакопластику, экстраплевральный пневмоторакс и лечившихся ранее искусственным пневмотораксом. Этому же вопросу посвящена работа Яковлевой Л. Г. и Незлина С. Е. 1957 г. Имеется ряд работ по изучению трудоспособности у перенесших оперативное вмешательство — торакопластику, резекцию легких (Н. В. Татарский, 1960 г., С. Б. Меламед, 1960 г. и др.). Все авторы указывают, что трудоспособность

излеченных зависит от наличия вторичных изменений, остающихся после излечения, функционального состояния организма и профессии.

Зарубежные авторы (Пило, 1958 г., Варинг, 1959 г., Лейбовиси, 1951 г., Кэр, 1959 г.) отмечают более частое возникновение рецидивов у излеченных, работающих в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях труда.

Не уделяется должного внимания этой важной проблеме и практическими врачами. Это побудило нас заняться изучением трудоспособности выздоровевших от кавернозного туберкулеза. Мы изучили трудоспособность у излеченных от инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада и фиброзно-кавернозного туберкулеза — форм наиболее склонных к прогрессированию и инвалидизации.

Наши исследования касаются наблюдений над 151 клинически излеченными, находящимися под наблюдением в четырех противотуберкулезных диспансерах г. Свердловска, по III группе диспансерного учета или снятых с учета в связи с выздоровлением.

Длительное наблюдение за излеченными, в течение 5 лет, в привычной для них рабочей обстановке, тщательное клиническое, лабораторное, рентгенологическое, в том числе и томографическое, а также функциональное обследование их, детальное изучение условий труда и быта, позволило нам дать характеристику трудоспособности выздоровевших. При этом выяснилось, что излечение не всегда идентично полному восстановлению трудоспособности, это наблюдается лишь при том условии, когда выздоровление не сопровождается большими остаточными изменениями в легочной ткани, нарушением функции дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Поскольку одной из задач являлось решение вопроса, при каком характере туберкулезного процесса и каким методом лечения были достигнуты наилучшие результаты, мы подробно проанализировали истории болезни исходной группы больных, с оценкой терапевтических методов лечения, изучили влияние осложнений и продолжительности лечения на исход процесса. Вполне естественно, что нами уделено много внимания вопросам труда устроства больных и связанным с ним санитарно-гигиеническим условиям труда. Сопоставляя начало заболевания, периоды обостре-

ния в процессе лечения с профессиональным маршрутом, мы выяснили влияние условий труда на течение заболевания и наоборот.

Из 151 чел. 119 были в прошлом больны инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада и 32—фиброзно-кавернозным туберкулезом. Заболевание наступило у большей части в молодом возрасте. Так, 67 чел. заболели в возрасте от 20—29 лет и 51 чел.— в возрасте от 30 до 39 лет.

Большое значение для успеха в лечении имела ограниченная распространенность процесса. Так, из 151 человека у 121 (80,2%) был односторонний процесс в легких. Следует подчеркнуть, что важным фактором эффективности выздоровления являлось также своевременно начатое лечение. Например: у 116 человек (76,9%) оно было начато в первые три месяца после проявления первых симптомов заболевания. 12 больным (7,8%) лечение начато через 3—6 месяцев после заболевания. 23 человека (15,3%) находились под наблюдением противотуберкулезного диспансера от 2 до 7 лет по поводу очагового туберкулеза легких в фазе уплотнения. Затем, после обострения процесса в легких с появлением каверны, им сразу было применено активное лечение.

Основным методом лечения был искусственный пневмоторакс. Им лечился 131 больной, причем у 18—пневмоторакс сочетался с антибактериальной терапией, а у 7—с пневмоперитонеумом. Пневмоперитонеум, как самостоятельный метод лечения, применялся у 7 больных, у 3—он сочетался с химиопрепаратами. Только антибактериальными препаратами лечилось 10 больных инфильтративным туберкулезом, с ограниченным по распространенности процессом. Все больные, помимо коллапсoterапии, в ряде случаев сочетавшейся с антибактериальными препаратами, пользовались почти ежегодно санаторным лечением. Большое значение в благоприятном исходе заболевания сыграло своевременно проведенное рациональное трудостроительство. Из 151 больного в трудоустройстве нуждалось 49 человек (32%). Из них 41 (83,7%) был трудоустроен. Это рабочие горячих, пыльных цехов, занятые тяжелой физической работой или работавшие в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях труда.

Совсем недалеко то время, когда большинство туберкулезных больных трудоустраивалось с понижением квалификации и заработной платы. Как правило, они работали дворниками, вахтерами и т. д. В последние годы в связи с внедрением механизации, автоматизации производства, улучшением санитарно-гигиенических условий труда, круг профессий, в которых могут работать больные туберкулезом, расширился. Так, из 41 чел. 11 были трудоустроены в своей профессии с повышением заработной платы. Это высококвалифицированные рабочие (например: газосварщик стал начальником газосварки, с выделением для него отдельной кабиной; кочегар — начальником котельной на электростанции, где механизированый труд; слесарь — старшим мастером). 24 рабочих сменили свою профессию; часть из них после переквалификации также была трудоустроена с повышением по производственной «лестнице». Токарь стал контролером ОТК, токарь — планировщиком, крановщик из горячего цеха переведен на работу заливщика моделей — участок точного мелкого литья, слесарь на испытательном станке переведен на работу контролера и т. д.

Представляет трудности трудоустройство больных, не имеющих специальности, занятых тяжелым физическим трудом. Таких больных было 6 человек, они трудоустроены с понижением заработной платы (чернорабочая трудоустроена охранником, формовщица — подсобной рабочей, прессовщица из горячего цеха — разнорабочей и т. д.).

При изучении эффективности трудоустройства выяснилось, какое огромное значение имели условия труда в процессе лечения больных туберкулезом. У трудоустроенных значительно быстрее наступала компенсация туберкулезного процесса. В процессе лечения у них реже отмечались осложнения и обострения. Резкое снижение числа случаев и дней нетрудоспособности в связи с туберкулезом и нетуберкулезными заболеваниями после трудоустройства являлось результатом не только эффективного лечения, но и рационального трудоустройства, так как у нетрудоустроенных мы наблюдали противоположную картину (медленная компенсация процесса, частая временная потеря трудоспособности). Уменьшение количества инвалидов с

101 человека (66,8 %) до 36 (24,1 %), снижение тяжести инвалидности после эффективного лечения и трудоустройства также дает основание считать, что рациональное трудоустройство является важным этапом в комплексе лечения больных и профилактике инвалидности.

Итак, в результате длительного комплексного, преемственного лечения в условиях стационара, амбулатории и санатория, рационального, своевременно проведенного трудоустройства у больных наступило излечение кавернозного туберкулеза легких.

Стойкая абакциллярность, установленная путем повторных бактериологических исследований мокроты и промывных вод желудка, отсутствие признаков туберкулезной интоксикации, отсутствие функциональных и рентгенологических признаков активности туберкулезного процесса, дало право нам говорить о стойком клиническом излечении. Резкое снижение числа случаев и дней временной утраты трудоспособности как в связи с туберкулезом, так и нетуберкулезными заболеваниями служило подтверждением этому.

Сравнивая число случаев и дней нетрудоспособности до и после излечения у 118 больных, у которых оказалось возможным собрать нужные сведения, удалось проследить как изменился показатель временной нетрудоспособности в связи с туберкулезом. Так, если за один первый год заболевания у 118 больных было 224 случая временной утраты трудоспособности по туберкулезу с потерей 9556 дней, то после излечения за 3 последних года у них было лишь 7 случаев нетрудоспособности, а дней—72. Нетрудоспособность у этих лиц была связана с вторичным пневмосклерозом, после перенесенного туберкулеза.

Для решения вопроса о стойкости излечения крайне важно длительное динамическое наблюдение за излеченными. По мнению А. Е. Рабухина, 1950 г. о стойком клиническом излечении можно судить после пяти лет наблюдения, т. к. рецидивы после этого срока возникают редко. В. П. Рудин, 1958 г. этим сроком считает 3—5 лет. Мы обследовали излеченных со сроком наблюдения после окончания лечения от 4 до 23 лет: от 4 до 5 лет — 78 человек, 6—8 лет — 62 человека, 9—13 лет — 8 человек, от 15 до 23 лет — 3 человека.

Клиническое обследование излеченных показало, что большинство из них сохраняло хорошее самочувствие. За все время наблюдения у них не было рецидивов туберкулезного процесса. У 95 человек (62,9%) отмечалась одышка. У подавляющего большинства из них — 81 человек, она появлялась только при значительной физической нагрузке и не отражалась сколько-нибудь на их общем состоянии и трудоспособности. У излеченных от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких она наблюдалась в 84,3%, т. е. значительно чаще, чем у излеченных от инфильтративного туберкулеза легких (57,1%) и носила более выраженный характер. Так, из 32 чел., излеченных от фиброзно-кавернозного туберкулеза у 9 (28,1%) отмечалась одышка в покое, а у излеченных от инфильтративного туберкулеза — только у 5 человек (4,2%) из 119. 27 человек (17,8%) предъявляли жалобы на кашель. Как правило, он был непостоянny и не отражался сколько-нибудь на их общем состоянии, за исключением трех человек, у которых кашель был с обильной мокротой до 100—200 мл<sup>3</sup> по утрам, отхаркиваемой полным ртом, иногда с запахом. Одышка, кашель, как правило, были связаны с вторичными изменениями в легких (пневмосклероз, эмфизема) или наблюдались у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. 5 человек страдали хроническим неспецифическим бронхитом. У трех человек при наличии пневмосклероза и бронхоэктатической болезни отмечалось периодическое кровохарканье. У 23 человек наблюдались боли в груди, слабость, быстрая утомляемость. Тщательное обследование их дало возможность полагать, что эти симптомы отнюдь не были признаками туберкулезной интоксикации а, как правило, были связаны с сопутствующими заболеваниями (холецистит, гепатит, остеомиелит, полиартрит, гипертония и др.).

При характеристике трудоспособности важно комплексное клинико-рентгенологическое и функциональное обследование. Но, необходимо обращать внимание и на отдельные симптомы. Резко выраженная одышка, наблюдающаяся в покое, служит причиной ограничения трудоспособности, даже для лиц легкого физического труда. Лица, работа которых связана с тяжелым физическим трудом (грузчики, кочегары, литейщики, сталевары), нетрудоспособны в дан-

ных профессиях, несмотря на выздоровление, они нуждаются в трудуоустройстве; также нуждаются в трудуоустройстве излеченные, работа которых связана с вдыханием пыли, газов.

Резко выраженный кашель, независимо от его этиологии, может служить причиной нарушения трудоспособности, особенно при работе, связанной с раздражением слизистых (запыленный, загазованный цех).

Физикальные данные зависели от тех остаточных изменений, которые наблюдались после излечения. У 38 человек (25,1%) при физикальном обследовании не было никаких отклонений от нормы. У 113 человек (74,8%) отмечено укорочение перкуторного звука. У 23 человек (15,2%) выслушивалось жесткое дыхание, у 6 человек — бронхиальное и у 88 (58,2%) — ослабленное. У 5 человек с большими пневмосклеротическими изменениями в легких и клиническими признаками бронхоспастической болезни выслушивались влажные хрипы.

Изечение обычно сопровождалось нормализацией крови — РОЭ, гемограммы. Однако у 17 человек имелись изменения крови: ускоренная РОЭ, умеренный палочкоядерный сдвиг влево и лейкоцитоз в пределах от 8000 до 10000. Изменения крови были связаны с метатуберкулезными изменениями в легких (обострение пневмосклероза, бронхоспастиками) или отмечены у лиц с сопутствующими заболеваниями (фурункулез, остеомиелит и др.). Умеренный лимфоцитоз (до 40 лимфоцитов) наблюдался у 23 человек, у 11 — он сочетался с моноцитозом. Лимфоцитоз характерен обычно для периода реконвалесценции и остается повышенным в течение некоторого времени после излечения (В. Л. Эйнис).

Рентгенологические данные у излеченных довольно разнообразны. В одних случаях произошло полное рассасывание туберкулезных изменений. Это наблюдалось у 3,4% больных инфильтративным туберкулезом легких.

Наиболее частым видом заживления было образование обызвестленных и инкапсулированных очагов на фоне фиброзных изменений. Этот тип заживления наблюдался в 52,1% при инфильтративном туберкулезе и в 40% — при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких. Заживление с образованием крупных инкапсулированных очагов, типа

туберкулом, отмечалось только у 7 из них. Заживление путем рубцевания наблюдалось в 32% одинаково часто при обеих формах туберкулеза. Наименее благоприятным типом заживления является исход в цирроз. Данный вид заживления относится ~~к~~ авторам (В. Л. Эйнис, С. Е. Незлини, М. А. Клебанов и др.) к неполному клиническому излечению, так как возможность рецидива при нем значительно больше. Однако, тщательное клинико-рентгенотомографическое обследование, длительное динамическое наблюдение от 10 до 25 лет, отсутствие в течение этого времени рецидивов, стойкая абдоминальность, удовлетворительное самочувствие, дали нам основание считать клинически излеченными лиц с цирротическими изменениями в легких. Исход в цирроз в 2,5 раза чаще наблюдался у излеченных от фиброзно-кавернозного туберкулеза — 28,1%, чем от инфильтративного — 11,8%. Это несомненно связано с характером процесса, распространенностью его. Не меньшее значение имели осложнения пневмоторакса пневмоплевритом, которые значительно чаще отмечались у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом — 77,4% и при инфильтративном в 53%.

Анализ наших данных показал, что причиной столь частых осложнений служили, в первую очередь, своевременно непереженные внутриплевральные тяжи, которые наблюдались у 50% больных, обследованных нами. Имело значение и длительное лечение искусственным пневмотораксом. Так, от 6 до 8 лет лечилось им 22 человека, а у 8 больных он продолжался от 9 до 13 лет. Столь длительные сроки объясняются тем, что большинство больных с многолетним пневмотораксом начало лечение в военные и первые послевоенные годы, когда имелась тенденция к длительному ведению пневмоторакса. Это привело в конечном итоге к большим остаточным изменениям в виде массивных плевральных наложений, ограничения подвижности диафрагмы и грудной клетки, к пневмо- и плевроциррозам. У 64 излеченных плевральные наложения имели распространенный характер и определялись почти на всем протяжении легких. У 24 человек наблюдалось развитие плеврогенного цирроза.

Если небольшие остаточные изменения в легких, рубцы, единичные обызвествленные очаги, расположенные на фо-

не ограниченного фиброза не вызывали заметных функциональных расстройств, то значительные склеротические изменения в паренхиме легких и обусловленное ими резкое смещение органов средостения часто служили причиной нарушения состояния функции дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Изучая функциональное состояние выздоровевших, мы не ставили перед собой задачу углубленного исследования функции дыхания и кровообращения у излеченных вообще, а использовали функциональные данные как один из тестов, определяющих трудоспособность. При изучении функционального состояния мы пользовались распространенными проблемами, доступными для широкой практики диспансерных врачей (определение артериального давления частоты пульса, числа дыханий в покое, после нагрузки и отмечали время возвращения показателей к исходным). Определяли дыхательные паузы по Штантге и Сабразесу. Изучили показатели легочной вентиляции. Все полученные легочные объемы сравнивались с должностными величинами, вычисленными по формулам соответственно полу, возрасту, весу, росту. Также проводилось электрокардиографическое исследование.

Комплексная оценка ряда функциональных показателей с учетом клинических, рентгенологических, лабораторных данных позволила нам выделить три группы среди излеченных, в зависимости от степени функционального состояния.

К I группе отнесены люди с вполне удовлетворительными функциональными показателями — 42 человека (27,8%).

II группа с умеренно выраженным нарушениями состояния функции дыхания и сердечно-сосудистой системы составила 67 человек (44,4%).

У выздоровевших III группы отмечались резко выраженные нарушения состояния функции дыхания и сердечно-сосудистой системы — 42 человека (27,8%).

В I группу вошли лица преимущественно молодого возраста. От 20 до 29 лет было 8 человек, от 30 до 39 — 16 человек, от 40 до 49 — 16 человек, старше 50 лет было только два человека. У подавляющего большинства

из них (39 человек или 92,9 %) имелся ограниченный по распространенности инфильтративный туберкулез легких. Длительность лечения пневмотораксом была небольшой от 1 до 3—4 лет, только двое больных лечилось свыше 6 лет. В процессе лечения сравнительно редко (в 26,5 %) наблюдались осложнения пневмоплевритом. После выздоровления в легких отмечались незначительные остаточные изменения. У двух заживление наступило путем рассасывания. У 16 человек наблюдалась в легких ограниченные рубцовые изменения или единичные линейные рубцы. У 24 человек в легких имелись единичные обызвествленные очаги на фоне ограниченного фиброза.

Лица II группы были старше по возрасту. Так, в возрасте от 50 до 64 лет было уже 9 человек — 13,5 %. 12 больным (18 %) из 67 начато лечение по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких и 55 человек (82 %) были больны инфильтративным туберкулезом легких. Лечение пневмотораксом было более длительным, У 14 человек искусственный пневмоторакс продолжался свыше 6 лет, а у одного — 10 лет. В этой группе осложнения пневмоплевритом были уже у 62 % больных. После излечения у них отмечались более выраженные остаточные изменения. У 7 человек (10,5 %) наблюдался исход в цирроз. У 38 человек — 56,7 % имелись плотные и обызвествленные очаги. Заживление путем рубцевания наступило у 20 человек (29,8 %) и только у двоих произошло излечение путем рассасывания.

В III группе выздоровевших были люди преимущественно пожилого возраста. Так, в возрасте от 20—29 лет был только один человек, от 30—39 лет — 9 человек (21,4 %), 40—49 лет — 8 человек (19 %) и 24 человека (57,1 %) были старше 50 лет.

У 40,5 % больных лечение начато при наличии фиброзно-кавернозного туберкулеза; сроки лечения искусственным пневмотораксом были длительными. Так, от 6 до 8 лет лечилось 8 человек, и от 9 до 13 лет — 7 человек. Осложнения пневмоторакса пневмоплевритом отмечались у 31 человека (79,5 %), то есть в три раза чаще, чем в I группе.

Электрокардиографические изменения у большинства излеченных объяснялись цирротическими изменениями в

легких, с резким смещением сердечно-сосудистого пучка в большую сторону; возрастным фактором и связанным с ним заболеваниями сердца (гипертония, артериосклероз, кардиосклероз, стенокардия). В меньшей степени, на наш взгляд, их можно было объяснить следами бывшей туберкулезной интоксикации.

Изучение функционального состояния позволило нам подойти более правильно к характеристике трудоспособности выздоровевших. Но нас интересовала зависимость трудоспособности не только от клинического и функционального состояния, но и в меньшей степени от условий и характера труда.

С целью изучения обстановки труда, в которой работали исследуемые, а также характера трудовых операций, выполняемых ими в процессе работы, пришлось изучить соответствующие производственные условия на крупных заводах г. Свердловска: Уральском заводе тяжелого машиностроения, Турбомоторном, Электроаппарате и других. Для характеристики санитарно-гигиенических условий мы пользовались данными промышленных санитарных врачей. Кроме того, при знакомстве с рабочим местом обращалось особое внимание на характер цеха, в котором работает обследуемый. Тщательно изучались детальные профессии и особенно наиболее трудные моменты рабочего процесса, например, подъем тяжестей и другие работы, связанные с большой физической напряженностью; принимались во внимание неудобная поза рабочего, напряженный темп работы, учитывалась сверхурочная работа. Для более полной оценки трудоспособности изучалось количество дней и случаев временной нетрудоспособности как по туберкулезу, так и нетуберкулезным заболеваниям. Это учитывалось по данным тубдиспансеров, медсанчастий крупных промышленных предприятий, а также четырех районных поликлиник, где лечились обследуемые.

Профессиональный состав излеченных был следующий:

1. Рабочих неквалифицированного тяжелого физического труда (грузчики, кочегары, разнорабочие) было 5 человек;

2) Неквалифицированного легкого физического труда (сторож, охранник и чистильщик обуви и т. п.) — 13 человек;

3. Квалифицированного тяжелого физического труда (формовщики, литейщики, сварщики) — 5 человек;

4. Квалифицированного легкого физического труда (токарь, слесари, крановщик и т. д.) — 62 человека;

5. Служащие — 66 человек.

Изучение рабочих мест показало, что подавляющее большинство — 143 человека, работало в благоприятных санитарно-гигиенических условиях труда. Из них 41 большой в процессе лечения был трудоустроен и работают они в условиях облегченного труда без производственных вредностей. Это позволяет им даже при наличии выраженных функциональных нарушений оставаться трудоспособными в своей новой профессии. 16 человек: домохозяйки, студенты и другие, также в процессе лечения устроились на работу в соответствии с состоянием здоровья и рекомендацией врачей. 86 человек из 143 остались работать в своей прежней профессии. Это, в основном, служащие и рабочие легкого физического труда. Условия работы у них были вполне удовлетворительные и соответствовали их трудоспособности, поэтому в дополнительном трудоустройстве они не нуждались. Правда, к троим было применено, по эпидемиологическим показаниям, временное трудоустройство на другую работу (парикмахер, преподаватель, заведующий детским садом). Но после излечения они вернулись к работе по своей прежней профессии.

Как мы упоминали выше, 8 человек работают на тяжелой физической работе или в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях труда (горячие, пыльные цеха). У них чаще наблюдались заболевания нетуберкулезного характера (грипп, катары верхних дыхательных путей, ангина и т. д.) и в ряде случаев рецидивы туберкулезного процесса.

Наши наблюдения показали, что возвращение излеченных к работе в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях труда, а также изменение их в худшую сторону приводило к рецидивам туберкулезного процесса даже у лиц, закончивших лечение без выраженных остаточных изменений в легких и функциональных расстройствах. Это дало нам право сделать вывод о необходимости рационального трудоустройства излеченных, с целью профилактики рецидивов и сохранения стойкой трудоспособности.

Итак, на основании неоднократно проведенного клинического, рентгеногомографического, лабораторного, функционального обследования излеченных от кавернозного туберкулеза, а также изучения условий и характера труда мы смогли дать общую и детализированную характеристику их трудоспособности. При этом выяснилось, что полное восстановление трудоспособности наступило у 105 человек (69,5 %) излеченных. Это преимущественно лица молодого возраста, которым по поводу инфильтративного туберкулеза легких своевременно начато лечение и в процессе лечения у них не наблюдалось осложнений. Все они работали в благоприятных санитарно-гигиенических условиях труда (преимущественно служащие и рабочие легкого физического труда). У 42 человек из них показатели состояния функции внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы были удовлетворительные, а у 63 имелись умеренно выраженные функциональные расстройства.

Ограниченно трудоспособными был признан 41 человек (27,2 %). Это люди, которые тяжело переносили полную рабочую нагрузку, но справлялись с работой в условиях облегченного труда. Из 41 у четырех наблюдалась умеренно выраженные функциональные расстройства, а у 37 резко выраженные. В отношении клинического и трудового прогноза данная группа менее благоприятна, так как у них отмечались значительные остаточные изменения и резко выраженные расстройства состояния функции дыхания и сердечно-сосудистой системы. При определении трудоспособности нельзя было не учитывать сопутствующих заболеваний, которые нередко служили причиной ограничения трудоспособности. Поэтому, в эту группу вошли и излеченные с незначительными остаточными изменениями, но с сопутствующими заболеваниями (стенокардия, кардиосклероз, гипертоническая болезнь и др.). Не меньшее значение имел и возрастной фактор.

Нетрудоспособными оказались 5 человек; у них помимо больших цирротических изменений в легких имелись клинические признаки бронхэкститической болезни, выраженная эмфизема, наклонность к кровохарканью, резко выраженные нарушения состояния функции дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Данная группа требует особого внимания не только врача-фтизиатра, но и терапевта. Они нетрудоспособны даже в условиях облегченного труда.

Итак, анализ полученных результатов обследования излеченных показал, что наилучшие результаты лечения с полным восстановлением трудоспособности были достигнуты у людей с инфильтративным туберкулезом легких, при своевременно начатом лечении и рационально трудоустроенных. Менее благоприятные результаты после лечения наблюдались у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом. Отсюда становится совершенно ясным, какое огромное значение для эффективности лечения и восстановления трудоспособности имеет раннее выявление и соответственно снижение удельного веса больных фиброзно-кавернозными формами туберкулеза легких, а также своевременно проведенное, рациональное трудоустройство.

### Выводы

1. Трудоспособность людей, излеченных от кавернозного туберкулеза легких, зависит от клинического, функционального состояния, рентгеновской картины, лабораторных данных и характера их труда.

Оценка трудоспособности тесно связана с трудоустройством, поскольку излеченные от кавернозного туберкулеза легких часто в нем нуждаются.

2. У людей, клинически излеченных, потенциальная опасность рецидива заболевания более велика, если они нецелесообразно трудоустроены или возвращаются в неблагоприятные санитарно-гигиенические условия работы.

3. Клинически выздоровевшие люди, у которых заживание каверны произошло путем рассасывания стенки полости и образования на ее месте единичных обызвествленных очагов, рубцов, ограниченного фиброза, могут вернуться к своей прежней профессии. Они могут даже выполнять работу, связанную с физической нагрузкой, если у них не выявлено функциональных расстройств, а работа по своему характеру не связана с воздействием пыли, газов, неблагоприятных метеорологических факторов. К рекомендуемым профессиям относятся: токари, слесари, по сборке деталей, фрезеровщики и другие.

4. Клинически излеченным, при наличии у них хотя бы незначительно выраженных функциональных расстройств, не рекомендуется выполнять работу, связанную с физической нагрузкой. Они могут вернуться к своей прежней профессии, если в их труде исключается физическое напряжение и он протекает в благоприятных санитарно-гигиенических условиях. Примерные профессии для них: нормировщики, контролеры, кладовщики, административно-хозяйственные работники и другие.

5. Особого внимания требует к себе группа клинически излеченных людей, у которых отмечаются большие остаточные изменения в легких и значительные функциональные расстройства.

У этой категории людей трудоспособность явно понижена и ограничена. Некоторые из них могут еще длительное время продолжать облегченную дозированную работу, если она протекает при вполне благоприятных санитарно-гигиенических условиях и, безусловно, не связана с физическим напряжением.

6. Решение вопроса о степени трудоспособности людей с резко выраженными функциональными нарушениями и выборе допустимого для них труда (трудоустройства) является наиболее ответственной задачей, в решении которой должны принимать совместное участие терапевт и фтизиатр.

7. Целесообразно в первые годы после клинического излечения от кавернозного туберкулеза легких периодически направлять выздоровевших людей в ночные и дневные санатории, особенно в весенние и осенние месяцы для закрепления достигнутых результатов лечения и профилактики рецидива.

8. Для лиц с функциональными расстройствами, обычно сочетающимися с остаточными изменениями в легких, целесообразно периодическое санаторное лечение и проведение профилактических курсов лечения антибактериальными препаратами.

9. Сопутствующие заболевания могут являться главной причиной понижения или даже утраты трудоспособности. Поэтому клинически излеченные, при наличии у них сопутствующих заболеваний, должны быть под постоянным наблюдением врачей различных специальностей.

10. Определение трудоспособности людей, излеченных от кавернозного туберкулеза, и их трудоустройство должно быть органически связано со всей лечебно-профилактической работой противотуберкулезного диспансера.

11. Изданные до сего времени инструкции по труду-устройству касаются трудоустройства больных туберкулезом. Наши наблюдения показали, что клинически выздоровевшие от туберкулеза нередко нуждаются в трудуустройстве. В связи с этим возникает необходимость пересмотра действующих инструкций и внесение дополнений, касающихся трудоустройства бывших кавернозных больных, излеченных от туберкулеза.

---

Результаты данной работы опубликованы в статьях:

1. «Процессы заживления при кавернозном туберкулезе», «Проблемы туберкулеза, 1959, № 3».
2. «Трудоспособность у клинически излеченных от фиброзно-кавернозного туберкулеза, легких в фазе распада», «Проблемы туберкулеза, 1959, № 5».
3. «Роль трудоспособности в комплексном лечении больных туберкулезом», «Сборник трудов Свердловского института туберкулеза, 1959».
4. «Трудоспособность у лиц клинически излеченных от кавернозного туберкулеза», «Труды I Всероссийского съезда фтизиатров г. Куйбышев, 1960».

По теме диссертации сделано 8 сообщений: на 1-м Всероссийском съезде фтизиатров г. Куйбышев, на научных сессиях Свердловского института, на XV научной сессии института АМН СССР в 1959 г. и на научно практических конференциях в г. Н.-Тагиле, Магнитогорске, Кургане, Каменск-Уральском.

Сдано в набор 8.2.1963 г. Подписано к печати 14.2.1963 г.  
П. л. 11/4. Формат б. л. 60 x 84.