

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

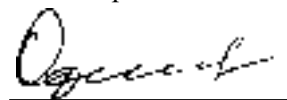
Заместитель начальника
Главного управления
кадровой политики, учебных
заведений и науки Н.И. Доста



10 мая 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



11 мая 2000 г.

Регистрационный № 45-0002

РАЦИОНАЛЬНОЕ ТРУДОУСТРОЙСТВО БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Минск 2000

Учреждения-разработчики: НИИ пульмонологии и фтизиатрии Министерства здравоохранения Республики Беларусь,
БелНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов

Авторы: канд. мед. наук Л.А. Горбач, Л.Н. Горустович

Рецензент: проф., д-р мед. наук Л.С. Гиткина,
канд. мед.наук П.С. Кривонос

Методические рекомендации составлены на основе исследований, проведенных сотрудниками Научно-исследовательского института пульмонологии и фтизиатрии при выполнении работ по Государственной научно-технической программе “Реабилитация”. В них отражены основные положения по рациональному трудоустройству больных и инвалидов вследствие туберкулеза органов дыхания. Особое внимание уделено трудоустройству больных, отстраненных от работы по эпидемическим причинам.

Предназначены для врачей-фтизиатров и врачей экспертов-реабилитологов фтизиопульмонологических медико-реабилитационных экспертных комиссий.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа

ВВЕДЕНИЕ

В Республике Беларусь за последние 9 лет показатель заболеваемости туберкулезом увеличился в 1,8 раза и в 1999 г. составил 53,6 на 100 тыс. населения. Общее число больных активными формами достигло 20 тыс. человек. Отмечено утяжеление клинического течения туберкулеза, нарастание массивности бактериовыделения и вирулентности микобактерий. Около 30% больных имеют лекарственную устойчивость микобактерий к антибактериальным препаратам, которая нередко сочетается с иммунодефицитным состоянием и становится причиной прогрессирования заболевания. Названные факторы значительно снижают эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, увеличивают первичный выход на инвалидность и его тяжесть среди больных. В связи с этим мероприятия по реабилитации больных и инвалидов вследствие туберкулеза заслуживают особого внимания. Одним из важнейших разделов этой работы является рациональное трудоустройство. Оно предупреждает уход заболевшего в болезнь, поддерживает жизненный тонус и позитивную установку больного на выздоровление, позволяет закрепить достигнутые результаты лечения, способствует экономической независимости больного и улучшает материальное благополучие его семьи.

К сожалению, в своей практической деятельности врачи-фтизиатры не всегда в должной мере учитывают значение рационального трудоустройства в процессе выздоровления. Нередко вместо подбора пригодной работы врачи идут по более легкому пути — освобождают больного от труда. Такой подход ошибочен, чреват неблагоприятными последствиями. Неоправданное безделье лиц, особенно молодого возраста, приводит их к деморализации, формированию иждивенческих установок и порочных наклонностей, а это, в свою очередь, тормозит процесс реабилитации и ухудшает здоровье. Правильная постановка вопроса в отношении трудовой деятельности больного с компенсированным процессом заключается не в решении проблемы работать ему или не работать, а в подборе оптимальных условий труда и характера работы, т.е. в рациональном трудоустройстве.

В результате несовершенства действующей инструкции, регулирующей порядок отстранения и допуска к работе больных туберкулезом с эпидемическими факторами труда («Инструкция о проведении обязательных профилактических медицинских осмотров на туберкулез и порядке допуска к работе в некоторых профессиях» Приложение № 18 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 143 от 28.07.92 г.), даже практически излеченные лица лишаются права приступить к своей работе в ближайшее время. Между тем, длительное отстранение практически излеченных лиц от работы по эпидемическим причинам не всегда обосновано. Оно затрудняет реинтеграцию больных в социальную сферу, в частности в профессионально-производственную среду и препятствует их социально-экономической независимости.

Настоящие методические рекомендации посвящены вопросам организации рационального трудоустройства больных и инвалидов вследствие туберкулеза органов дыхания. Особое внимание уделено трудоустройству больных, отстраненных от работы по эпидемическим причинам. Авторы надеются, что в вопросах социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом настоящие методические рекомендации окажут помощь не только

врачам-фтизиатрам, но и врачам экспертам-реабилитологам фтизиопульмонологических медико-реабилитационных экспертных комиссий.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ТРУДОУСТРОЙСТВО И ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Рациональное трудоустройство — это составная часть социально-трудовой реабилитации больных и инвалидов. Оно способствует их социально-экономической независимости.

Основными принципами рационального трудоустройства являются:

- определение содержания и условий труда, соответствующих функциональным возможностям данного больного или инвалида при максимальном использовании его профессиональных навыков и сохранении квалификационного уровня;
- подбор профессий, организационных форм трудовой занятости в соответствии с сохранившимися у больного или инвалида способностями к выполнению профессионально-трудовой деятельности.

Рациональному трудоустройству предшествует медицинская реабилитация, включающая комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций и усиление саногенетических возможностей организма. Результаты медицинской реабилитации служат основой для вынесения трудовой рекомендации и решения вопросов рационального трудоустройства больного или инвалида.

Трудовые рекомендации, на основании которых осуществляются рациональное трудоустройство больных и инвалидов, выносятся в процессе медико-социальной экспертизы комиссией врачей (врачебно-консультационной или медико-реабилитационной экспертной комиссией).

При незначительном ограничении трудоспособности больного, когда для продолжения работы в своей профессии требуются лишь небольшие изменения или облегчение условий труда, которые реализуются без ущерба для квалификации и объема трудовой деятельности, соответствующее заключение выдается врачебно-консультативной комиссией противотуберкулезного диспансера без направления больного на медико-реабилитационную экспертную комиссию.

При значительном ограничении способности к труду, которое приводит больного к необходимости прекращения профессионального труда на длительный срок или значительного его изменения, больной направляется на медико-реабилитационную экспертную комиссию. К значительным изменениям труда относят потерю квалифицированной профессии, или существенное сокращение объема трудовой деятельности, необходимость перетрудоустройства из-за эпидемических противопоказаний к выполнению работы.

При вынесении трудовой рекомендации врачебно-консультативная комиссия должна использовать все возможности для сохранения больного на производстве и интеграции его в трудовой коллектив.

Трудовая рекомендация должна помогать больному в рациональном трудовом устройстве, в создании наиболее благоприятных производственных условий, она должна быть конкретной, с учетом реальных возможностей

трудоустройства больного на работе, показанной ему по состоянию здоровья и соответствующей его общеобразовательной и специальной подготовке.

На основании исследований, проведенных сотрудниками Научно-исследовательского института пульмонологии и фтизиатрии, определен комплекс медицинских и социально-трудовых факторов, которые должна учитывать врачебная комиссия при вынесении трудовой рекомендации в процессе медико-социальной экспертизы больных туберкулезом органов дыхания.

Медицинские факторы:

- клиническое излечение;
- выраженность функциональных нарушений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы;
- сопутствующие заболевания.

Социально-трудовые факторы

- профессиональные навыки больного (основная и дополнительная профессии, степень их квалификации);
- профпригодность в этих профессиях;
- наличие эпидемических противопоказаний к выполнению работы;
- информация о производственной среде: об условиях и процессе труда, режиме работы, организации рабочего места, формах трудовой занятости;
- взаимоотношения бытового характера, складывающиеся между больным и его производственным коллективом (совместное пользование душевыми, объектами общественного питания, туалетами, гардеробом и т.п.);
- наличие производственного контакта с больными бациллярным туберкулезом, патологическим материалом в процессе непосредственного выполнения производственной деятельности;
- возможность сохранить трудовую занятость, интегрироваться в социально-производственную среду.

Основным условием необходимым для вынесения трудовой рекомендации больному из всех вышеперечисленных следует считать состояние *клинического излечения*. Клиническое излечение туберкулеза органов дыхания — это исчезновение активных специфических изменений в легких, подтвержденное клинико-рентгенологическими, бактериологическими, лабораторными и функциональными методами исследования.

Для своевременного и правильного определения клинического излечения следует руководствоваться следующим комплексом клинических критериев:

- 1) отсутствие клинических признаков туберкулезной интоксикации;
- 2) нормализация гемограммы и СОЭ;
- 3) исчезновение локальных признаков активного туберкулеза, определяемых на основании жалоб больного и физикальных методов обследования;

4) стойкое прекращение бактериовыделения, зарегистрированное по результатам исследования мокроты или промывных вод бронхов бактериоскопическими, бактериологическими методами исследования, а также методом полимеразной цепной реакции;

5) отсутствие рентгенологических признаков активности туберкулеза легких, выражающееся в рассасывании, фибротизации, уплотнении и обызвествлении туберкулезных изменений, закрытии полостей распада;

6) отсутствие общей и очаговой реакции организма на подкожное введение туберкулина.

При определении клинического излечения недостаточно ориентироваться на один или два признака, даже если они ведущие, например, прекращение бактериовыделения и закрытие полости распада. Только при наличии совокупности критериев можно сделать вывод о том, что проведенное лечение было эффективным и наступило клиническое излечение процесса.

Установлено, что при полноценном проведении основного курса химиотерапии исчезают все признаки активного туберкулеза органов дыхания, что соответствует завершению инволюции туберкулезного процесса. На этом основании диагноз клинического излечения туберкулеза органов дыхания может быть установлен непосредственно после окончания основного курса лечения комиссионно, на заседании врачебно-консультативной комиссии. Одновременно на этом же заседании должны быть вынесены трудовые рекомендации и намечены мероприятия по рациональному трудоустройству.

Специфический процесс в легких заканчивается полным рассасыванием либо формированием остаточных посттуберкулезных изменений той или иной протяженности. Исходя из *этого клиническое излечение* может быть с полным или неполным функциональным восстановлением дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

При *клиническом излечении с полным функциональным восстановлением* на стадии затихания туберкулезного процесса (фаза рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления) в целях профилактики обострения заболевания у больного условия и характер производства должны исключать:

– неблагоприятные метеорологические факторы: резкие перепады температуры окружающей среды, повышенную относительную влажность;

– запыленность и загазованность воздуха, наличие в нем токсических, бронхотропных и алергизирующих веществ в распыленном или газообразном состоянии;

– инфракрасное излучение, гиперинсоляцию;

– нервно-психическое напряжение, ведущее к быстрой утомляемости и нарушению режима труда и отдыха;

– факторы, нарушающие правильный режим труда и отдыха, сна и питания больного (ночные смены, работа в неурочное время, длительные командировки, частые разъезды).

Медицинским работникам противотуберкулезных учреждений, перенесшим активный туберкулез, на стадии затихания процесса (фаза рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления) до формирования стойких посттуберкулезных изменений рекомендуется ограничить контакт с больными бактериовыделителями и

патологическим материалом для исключения влияния экзогенной суперинфекции, уменьшить нервно-психическое напряжения (освобождение от ночных смен, проведения операций и т.д.).

Лица, у которых отсутствуют функциональные нарушения дыхательной и сердечно-сосудистой системы и сформировались стойкие посттуберкулезные изменения, могут работать в обычных условиях и в трудовых рекомендациях не нуждаются.

Клиническое излечение туберкулеза органов дыхания с неполным функциональным восстановлением является показанием для рационального трудового устройства больного или инвалида. При этом подбираются оптимальные условия производственной среды и виды труда в зависимости от выраженности функциональных нарушений дыхательной, сердечно-сосудистой системы и сохранившейся (остаточной) способности больного к трудовой деятельности.

В качестве интегрированного показателя при выборе рационального трудового устройства больных туберкулезом органов дыхания целесообразно использовать показатели категорий тяжести выполняемых работ. Больным с затихающим туберкулезом органов дыхания и посттуберкулезными изменениями в легких могут быть рекомендованы I, II категории тяжести, в некоторых случаях допустимы работы III категории тяжести (при сокращении объема работ, изменении режима труда и прочее).

Ниже мы приводим характеристику работ рассматриваемых категорий тяжести в соответствии с межотраслевыми рекомендациями «Количественная оценка тяжести труда» (1988) и примерный перечень работ, рекомендуемый больным с затихающим туберкулезом органов дыхания и посттуберкулезными изменениями в легких.

Первая категория тяжести (I к.т.) Санитарно-гигиенические условия комфортные: эффективная эквивалентная температура воздуха на рабочем месте в помещении в теплый период года + 18–20° С; в холодный + 20–22°С, вибрация, промышленный шум, ультразвук, электромагнитные поля радиочастот — ниже ПДУ, ионизирующие излучения и биологические производственные факторы отсутствуют.

Психофизиологические факторы трудового процесса соответствуют незначительной физической нагрузке: энерготраты при общей физической динамической нагрузке (мышцы корпуса и ног) до 2,5 ккал/мин, в рабочую смену (8 ч) — до 960 ккал, при региональной нагрузке (мышцы плечевого пояса) соответственно до 2,1 ккал/мин и до 806 ккал за смену. Эта нагрузка за смену (в единицах внешней механической работы) при общей нагрузке — до 42000 кгМ, при региональной — до 21000 кгМ. Величина разово поднимаемого груза не превышает 2 кг. Статическая физическая нагрузка в течение смены (удержание груза) на одну руку до 18000 кг.сек, на две руки до 43000 кг/с, на все тело — до 61000 кг/с.

Рабочая поза свободная, корпус и конечности в удобном положении при перемещении и обработке деталей до 5 кг, рабочее место стационарное, без ходьбы. Работа грубой точности (размер объекта 5,0 мм) и не требует зрительных нагрузок. Напряженность труда незначительная: сосредоточенного наблюдения до 25% времени смены, число объектов наблюдения 1–2, выполняются простые действия по индивидуальному плану.

Таким образом, к I категории тяжести относятся работы, выполняемые при оптимальных значениях производственных элементов условий труда, в том числе при оптимальной величине физической, умственной или нервно-эмоциональной нагрузки. Такие работы оказывают тренирующее воздействие, повышают выносливость и сопротивляемость организма, способствуют улучшению здоровья, достижению высокой работоспособности, производительности и интенсивности труда.

Примерные виды деятельности, которые могут быть рекомендованы лицам с затихающим туберкулезом органов дыхания и посттуберкулезными изменениями в легких с показаниями к выполнению работ I категории тяжести:

- сборка, регулировка, ремонт изделий малых габаритов (слесарь-сборщик, слесарь по ремонту часов и др.);
- диспетчерский труд;
- работы по делопроизводству, архивированию, канцелярский труд и др.;
- печатание на пишущей машинке, ЭВМ;
- надзор за работой оборудования (в позе «сидя»);
- работы, связанные с комплектованием, заготовкой, упаковкой деталей малых габаритов, выполняемые в позе «сидя» и др.

Вторая категория тяжести (II к.т.). Санитарно-гигиенические условия благоприятные: температура воздуха на рабочем месте в помещении в теплый период года + 21–22°C, в холодный период года + 17–19°C; атмосферное давление имеет незначительные колебания; токсические вещества, промышленная пыль, вибрация, промышленный шум, ультразвук, инфразвук, электромагнитные поля на уровне ПДУ; контакты с биологическими производственными факторами отсутствуют.

Факторы трудового процесса благоприятные (нормальные), соответствуют легкой и непостоянно умеренной физической нагрузке: энерготраты при общей физической динамической нагрузке — до 2,6–4,2 ккал/мин, в смену — до 1600 ккал, при региональной нагрузке — от 2,2 до 2,5 ккал/мин и до 960 ккал за смену. Эта нагрузка за смену в единицах внешней механической работы может составлять при общей нагрузке до 83000 кГм, при региональной — до 42000 кГм. Рабочая поза свободная, корпус и конечности в удобном положении при перемещении и обработке деталей. Вес разово перемещаемого груза 5 кг и выше. При нестационарном рабочем месте ходьба без груза за смену до 4 км.

Зрительная нагрузка небольшая, так как работа малой точности (размер объекта 5,0–1,1 мм). Напряженность труда средняя — длительность сосредоточенного наблюдения до 50% от времени смены, число важных объектов наблюдения до 5. Число приемов в операции 10–6, длительность повторяющихся операций 31–100 с, монотонность сенсорная более 7% смены. Выполняются простые действия по заданному плану с возможной коррекцией, интеллектуальная нагрузка при решении простых альтернативных задач.

Таким образом, ко II категории тяжести относятся работы, выполняемые в условиях, соответствующих санитарным нормам — предельно допустимым концентрациям и уровням (ПДК и ПДУ) производственных

факторов по ГОСТам Системы стандартов безопасности труда (ССБТ), а также физиологическим нормативам. Работоспособность при этом не нарушается, отклонений в состоянии здоровья, связанных с профессиональной деятельностью, не наблюдается в течение всего трудоспособного периода жизни.

Примерные виды деятельности, которые могут быть рекомендованы лицам с затихающим туберкулезом органов дыхания и посттуберкулезными изменениями в легких с показаниями к выполнению работ II категории тяжести:

- переплетные работы;
- уборка служебных помещений;
- ремонт обуви;
- механическая обработка металла резанием (обработка листового металла);
- управление манипуляторами, краном (работа умеренной тяжести в позе «сидя»);
- работа в торговой сфере, связанная с легкой физической (динамической) нагрузкой (в позе «стоя»);
- работа, связанная со сборкой изделий малых и средних габаритов с поддержанием темпа работы, с чередованием поз «сидя – стоя» (умеренная нагрузка);
- поливочные работы;
- надзор за работой механизмов, оборудования, аппаратуры (возможно перемещение в пространстве — ходьба до 4 км.);
- столярная работа (мелкий ремонт — дверные, оконные рамы, мебель);
- слесарные работы (сборка изделий, мелкий ремонт бытовой техники, бытовой сантехники);
- отдельные виды сварочных работ.

Третья категория тяжести (III к.т.) Санитарно-гигиенические элементы условий труда с незначительным превышением ПДУ: температура воздуха на рабочем месте в помещении в теплый период года + 23–28°C, холодный + 15–16°C, на открытом воздухе 0–9°C зимой и + 27–35°C летом.

Атмосферное давление колеблется с превышением нормы на 0,7–1,2 атм., либо с понижением до 600–1000 м над уровнем моря.

Санитарно-гигиенические элементы условий труда — токсические вещества, промышленная пыль, вибрация, промышленный шум, ультразвук, инфракрасное тепловое излучение, электромагнитные поля радиочастот превышают незначительно ПДУ: ионизирующие излучения на уровне ПДУ. Биологические производственные факторы могут вызвать нетяжелые излечимые заболевания.

Факторы трудового процесса предъявляют более высокие требования прежде всего к физической работоспособности. Физическая динамическая нагрузка влечет энерготраты при общей нагрузке с 4,3 до 5,5 ккал/мин и до 2100 ккал за смену, при региональной нагрузке — соответственно с 2,6 до 3,0 ккал/мин и до 1150 ккал за смену. Физическая динамическая нагрузка в единицах внешней механической работы за смену составляет при общей нагрузке до 125000 кГм, при региональной до 62000 кГм.

Рабочее место стационарное, может иметь варианты: поза несвободная, сидя или стоя, но корпус и конечности в удобном положении; работа на конвейере с высотой линии более 1,5 м и при перемещении и обработке до 5 кг; работа в наклонном положении под углом 30° до 25% смены; наклоны корпуса под углом до 30° до 51–100 раз. При нестационарном рабочем месте может быть ходьба без груза за смену до 7 км.

Имеется напряжение зрения при работе с лупой или диапроектором, точность — средняя (размер объекта от 1,0 до 0,51 мм). Напряженность труда более высокая: длительность сосредоточенного наблюдения — до 75% времени смены, число важных объектов наблюдения — до 10. Нервно-эмоциональная нагрузка связана со сложными действиями по заданному плану с возможностью коррекции, с обслуживанием населения. Интеллектуальная нагрузка возникает при решении сложных задач по алгоритму.

Таким образом, к III категории тяжести относятся работы, при которых вследствие воздействия не вполне благоприятных элементов условий труда, в том числе повышенной мышечной, психической, нервно-эмоциональной нагрузки или монотонности, у практически здоровых людей, не имеющих медицинских противопоказаний к таким работам, формируются реакции, свойственные пограничному состоянию организма. Улучшение режимов труда и отдыха сравнительно быстро может устранить отрицательные сдвиги, что свидетельствует о близости данного состояния к нормальному.

Примерные виды деятельности, которые могут быть рекомендованы лицам с затихающим туберкулезом органов дыхания и посттуберкулезными изменениями в легких с показаниями к выполнению работ III категории тяжести:

- машинная распиловка древесины;
- прореживание саженцев (лесное хозяйство);
- штамповочные работы (детали малых габаритов);
- сверлильные работы;
- пошив одежды;
- гладильные работы;
- надзор за работой оборудования, аппаратуры, связанные с перемещением до 5 км и в позе «стоя»;
- слесарно-сборочные работы малых и средних габаритов и др.;
- сельскохозяйственные работы, связанные с садоводством.

В таблице 1 и 2 мы приводим формы организации трудовой занятости и категории тяжести труда, которые могут быть рекомендованы больным с клинически излеченным или затихающим туберкулезом органов дыхания (в фазе рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления), а также лицам с посттуберкулезными изменениями в зависимости от выраженности функциональных нарушений и ограничений способности к труду.

**Рекомендуемые формы организации трудовой занятости,
характер труда по категориям тяжести больным
затихающим* туберкулезом органов дыхания**

Степень выраженности функциональных нарушений	Нарушение способности к трудовой деятельности	Доступные виды работ по категории тяжести	Формы организации трудовой занятости
Нет признаков дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности или имеются легкие функциональные нарушения в виде дыхательной недостаточности I степени	Трудоспособность полностью сохранена или незначительное ограничение трудоспособности	I, II, III к.т.	Обычные условия
Имеются легкие или умеренные функциональные нарушения в виде дыхательной недостаточности I и I-II степени в сочетании или без сочетания с недостаточностью кровообращения I стадии	Значительное ограничение способности к труду	I, II к.т. возможно выполнение работ III к.т. при условии сокращения объема работ или изменения режима труда	Создание специального (с ограничением объема работ и условиями труда) или независимого (технологически изолированного) из-за ограничений по эпидрежиму рабочего места
Имеются значительные функциональные нарушения в виде дыхательной недостаточности II степени в сочетании или без сочетания с недостаточностью кровообращения IIА стадии	Выраженное нарушение способности к труду	I к.т. возможно выполнение работ II к.т. с исключением отдельных факторов трудового процесса	Специально созданные условия: ненормированный труд, снижение нормативов выработки, создание спец. участков, спец. рабочих мест
Имеются резко выраженные функциональные нарушения в виде дыхательной недостаточности III степени в сочетании с недостаточностью кровообращению IIБ, III стадии	Резко выраженное нарушение способности к труду	—	—

— фаза рассасывания, уплотнения рубцевания, обызвествления

Таблица 2

**Рекомендуемые формы организации трудовой деятельности,
характер труда по категории тяжести лицам
с посттуберкулезными изменениями в легких**

Степень выраженности функциональных нарушений	Нарушение способности к трудовой деятельности	Доступные виды работ по категории тяжести	Формы организации трудовой занятости
Нет признаков дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности или имеются легкие функциональные нарушения в виде дыхательной недостаточности I степени	Трудоспособность полностью сохранена или незначительное ограничение трудоспособности	I, II, III к.т.	Обычные условия
Имеются легкие или умеренные функциональные нарушения в виде дыхательной недостаточности I и I-II степени в сочетании или без сочетания с недостаточностью кровообращения I стадии	Значительное ограничение способности к труду	I, II к.т. возможно выполнение работ III к.т. при условии сокращения объема работ или изменения режима труда	Обычные условия
Имеются значительные функциональные нарушения в виде дыхательной недостаточности II степени в сочетании или без сочетания с недостаточностью кровообращения ПА стадии	Выраженное нарушение способности к труду	I к.т. возможно выполнение работ II к.т. с исключением отдельных факторов трудового процесса	Специально созданные условия: ненормированный труд, снижение нормативов выработки
Имеются резко выраженные функциональные нарушения в виде дыхательной недостаточности III степени в сочетании с недостаточностью кровообращения ПБ, III стадии	Резко выраженное нарушение способности к труду	—	—

Основными лимитирующими факторами трудовой деятельности больных и инвалидов является более высокая по сравнению со здоровыми людьми биоэнергетическая стоимость единицы рабочего времени и более продолжительный период восстановления функции.

ОСОБЕННОСТИ ТРУДОУСТРОЙСТВА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В НЕКОТОРЫХ ПРОФЕССИЯХ

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 143 от 28.07.1992 г. «О состоянии противотуберкулезной помощи населению Республики Беларусь и мерах по ее совершенствованию» определены категории работников ряда предприятий и учреждений, к работе в которых не могут допускаться лица, заболевшие активным туберкулезом органов дыхания. Этим лицам показано рациональное трудовое устройство вне зависимости от полноты функционального восстановления (наличия или отсутствия функциональных нарушений дыхательной и сердечно-сосудистой системы). Практика показывает, что возврат к своей профессии и интеграция в производственную среду таких больных сопряжены с определенными трудностями. Учитывая это, сотрудниками НИИ пульмонологии и фтизиатрии разработан дифференцированный подход к использованию «Инструкции о проведении обязательных профилактических медицинских осмотров на туберкулез и порядке допуска к работе в некоторых профессиях лиц, больных туберкулезом» вышеуказанного приказа в части отстранения больных от трудовой деятельности.

Одним из методов социальной защиты и гарантии сохранения трудовой занятости больных туберкулезом органов дыхания с благоприятным клиническим прогнозом, отстраненных от работы по эпидемическим показаниям, является продление временной нетрудоспособности. Содействие трудовой занятости таким больным снимает предубеждения, складывающиеся в трудовом коллективе об их потенциальной эпидемической опасности, способствует социально-трудовой реабилитации.

Решение вопроса о возможности их возвращения больных туберкулезом на ранее занимаемые должности должно основываться на результатах тщательных клинико-рентгенологических, бактериологических и иммунологических обследований, так как каждый больной активным туберкулезом легких вне зависимости от наличия или отсутствия бактериовыделения является потенциальным источником инфекции. При этом клинико-рентгенологическое исследование обязательно включает проведение бронхоскопии, рентгено-томографии (обзорные и боковые рентгенограммы, томограммы, прицельные снимки в необходимых случаях, выполненные с промежутком в 3 мес.). Повторное бактериологическое исследование больных, отстраненных от работы по эпидемическим причинам, после окончания основного курса химиотерапии должно проводиться по расширенной схеме, включающей 6 последовательных с интервалом в 1–2 мес. посевов мокроты или секрета бронхов после раздражающих ингаляций с одновременной бактериоскопией приготовленного для посева осадка.

Другие лабораторные исследования (определение уровня белковых фракций сыворотки крови, С-реактивного белка, серомукоидов, церулоплазмينا, гаптоглобина и т.д.) и иммунопатологические тесты (реакция торможения миграции лейкоцитов, реакция бласттрансформации лимфоцитов, определение уровня иммуноглобулинов и специфических антител в сыворотке крови, титра комплемента и т.д.) выявляют признаки, характеризующие состояние неспецифической и специфической реактивности организма. Именно поэтому проведение этих

исследований больным, отстраненным от работы по эпидемическим причинам, целесообразно при наличии факторов возникновения рецидива заболевания (отягощающая сопутствующая патология, асоциальное поведение и т.д.)

При решении вопроса о рациональном трудовом устройстве рассматриваемой категории лиц врачебная комиссия помимо перечисленных в первом разделе медико-социальных факторов должна учитывать распространенность и выраженность остаточных изменений в легких, характер профессии или занятие больного до заболевания, которыми определяется степень его потенциальной эпидемической опасности для окружающих.

Остаточные посттуберкулезные изменения, определяемые рентгенологическими методами, в зависимости от их характера и распространенности в легких и плевре, классифицируются следующим образом:

I группа: отсутствие остаточных изменений (полное рассасывание); остаточные изменения после первичного туберкулеза (компонент обызвествленного первичного комплекса, очаг Гона, плевральные шварты); остаточные изменения после экономных резекций легких (в пределах одного — двух сегментов) при отсутствии посттуберкулезных изменений в оставшихся отделах легкого;

II группа: ограниченные остаточные изменения в пределах одного-двух сегментов: единичные рубцы, незначительные плевральные наслоения, единичные мелкие плотные или обызвествленные очаги на фоне ограниченного фиброза; остаточные изменения после резекции легких по поводу ограниченного туберкулезного процесса с неосложненным послеоперационным течением;

III группа: выраженные и распространенные остаточные изменения: множественные мелкие плотные или обызвествленные очаги на фоне распространенного фиброза, фиброторакс, плевропневмосклероз с бронхоэктазами;

IV группа: единичные ограниченные плотные или обызвествленные фокусы (диаметром более 1 см) на фоне ограниченного фиброза;

V группа: остаточные санированные полости;

VI группа: остаточные изменения после обширных хирургических вмешательств по поводу распространенного туберкулеза легких в виде осложненных резекций, торакопластики, кавернотомии и т.д.: выраженные деформации, рубцы в легочной ткани, плевральные наслоения и т.п.

В соответствии со степенью потенциальной эпидемической опасности для окружающих работники предприятий и учреждений разделяются на следующие группы:

1) лица, контактирующие по роду своей деятельности с новорожденными, детьми раннего и дошкольного возраста;

2) лица, контактирующие по роду своей деятельности с детьми школьного возраста и подростками;

3) лица, имеющие непосредственный контакт с пищевыми продуктами и лекарственными средствами в процессе их производства, упаковки, транспортировки, хранения и реализации;

4) лица, занимающиеся медицинским и санитарно-гигиеническим обслуживанием взрослого населения.

В зависимости от характера и распространенности посттуберкулезных изменений и степени потенциальной эпидемической опасности для окружающих нами определены критерии возвращения излеченных больных на ранее занимаемые должности (табл. 3).

**Порядок допуска к работе в некоторых профессиях лиц,
перенесших туберкулез**

№	Группы лиц, перенесших туберкулез органов дыхания в зависимости от степени их потенциальной эпидемической опасности для окружающих	Характер посттуберкулезных изменений, позволяющий допустить излеченного больного к ранее выполняемой работе
1.	Лица, контактирующие по роду своей деятельности с новорожденными, детьми раннего и дошкольного возраста	I группа
2.	Лица, контактирующие по роду своей деятельности с детьми школьного возраста и подростками	I группа, II группа
3.	Лица, имеющие непосредственный контакт с пищевыми продуктами и лекарственными средствами в процессе их производства, упаковки, транспортировки, хранения и реализации.	I группа, II группа, III группа, IV группа
4.	Лица, занимающиеся медицинским и санитарно-гигиеническим обслуживанием взрослого населения	I группа, II группа, III группа, IV группа, VI группа

Лица, имеющие остаточные санированные полости и относящиеся к вышеперечисленным категориям работников, на ранее занимаемые должности не допускаются.

Современная технология лечения туберкулеза позволяет исключить риск развития рецидива заболевания в более короткие сроки, чем предусматривает «Инструкция о проведении обязательных профилактических медицинских осмотров на туберкулез и порядке допуска к работе в некоторых профессиях лиц, больных туберкулезом». Однако до переработки действующей инструкции следует придерживаться указанных в ней сроков.

Больные трудоспособного возраста, не допущенные на работу по своим прежним профессиям, подлежат трудоустройству по заключению врачебно-консультативных комиссий противотуберкулезных диспансеров. При невозможности равноценного трудоустройства, если смена профессии связана со снижением квалификации, а также при необходимости приобретения новой профессии путем переобучения, больные подлежат направлению на медико-реабилитационную экспертную комиссию.

При направлении инвалидов, больных туберкулезом, на переобучение должны учитываться клинический и трудовой прогноз, возраст, общеобразовательная подготовка и желание больного. Больным должны быть рекомендованы такие профессии, работа в которых не будет связана в дальнейшем с противопоказанными условиями труда.