

А. Б. КОГАН, В. Н. ВОБЛИКОВ, В. В. ПЕРЕХОДЬКО (Новосибирск)

**ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОКОНИОЗА И ВОПРОСЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ  
У ШАХТЕРОВ-ПЕНСИОНЕРОВ**

Санитарный институт

(Поступила в редакцию 10/III 1977 г.)

При оценке состояния здоровья лиц пожилого возраста нередко недостаточное внимание уделяется роли профессиональных факторов, длительное воздействие которых, несомненно, имеет важное значение. На современном этапе решение геронтологических проблем невозможно в отрыве от профессиональных.

Исследования (П. И. Еськин; А. И. Рябова; В. М. Шарапуто; В. В. Федулов; С. А. Лазарева; В. М. Шарапуто и др.) свидетельствуют о том, что в течение последних 10 лет запыленность шахтного воздуха при ведении основных горных работ еще превышает предельно допустимые концентрации на шахтах с различными горно-геологическими условиями и технологией добычи. На шахтах, разрабатывающих пласты крутого падения, и на шахтах с комплексно-механизированной технологией добычи запыленность при проведении подготовительных и очистных операций более чем в 2—3 раза выше, чем на шахтах с пластами пологого залегания с применением буровзрывной или навалотбойной технологии добычи. Спектрографические исследования пыли в легких погибших шахтеров свидетельствовали о том, что они вдыхают пыль смешанного состава — угольную и кварцевую, причем содержание последней в легких велико (В. А. Кузнецова).

Под динамическим наблюдением находились 2 группы шахтеров-пенсионеров в возрасте старше 50 лет. 1-я группа состояла из 93 больных пневмокониозом: трудовую деятельность 5 лет назад прекратило 32 человека, в сроки от 6 до 10 лет — 35 и свыше 10 лет назад — 26 человек. 2-ю группу представляли 52 больных пневмокониозом, продолжавших трудовую деятельность на шахтах: в течение 5 лет — 32 человека, от 6 до 10 лет — 14 и свыше 10 лет — 6 человек. Шахтеры этой группы работали на шахтах горными мастерами, такелажниками, раздатчиком динамитного склада, машинистами электровоза и др. Возраст больных обеих групп при наблюдении 5 лет составлял 50—55 лет, от 6 до 10 лет — 56—60 лет и свыше 10 лет — старше 60 лет.

Анализ полученных данных позволил отметить некоторые особенности течения пневмокониотического процесса в обеих группах больных. Прогрессирование пневмокониоза по клинко-рентгеноморфологическим данным из I стадии во II и III стадии в группе больных, прекративших трудовую деятельность, наблюдалось в 32,2% случаев, а в группе больных, продолжавших работать, — в 3 раза реже — в 10,6% случаев ( $P < 0,001$ ). В группе неработающих больных определялась статистически достоверная зависимость частоты случаев прогрессирования пневмокониоза от периодов наблюдения после ухода на пенсию. Так, развитие пневмокониоза II и III стадии у этих больных в первое десятилетие наблюдений отмечалось в 5 раз реже, чем в последующие годы ( $P < 0,02$ ). В группе работающих подобное прогрессирующее течение процесса отмеча-

лось лишь у 4 больных со стажем работы выше 10 лет после достижения пенсионного возраста.

Частота прогрессирования пневмоконноза во II и III стадии у неработающих больных находилась в определенной зависимости также от их возраста. У этих больных в возрасте старше 60 лет выраженные стадии пневмоконноза отмечались более чем в 3 раза чаще, чем в возрасте до 60 лет ( $P < 0,001$ ). В группе больных, продолжавших работу, развитие II и III стадий пневмоконноза наблюдалось лишь у лиц старше 60 лет.

Следует отметить, что прогрессирование пневмоконноза во II и III стадии наблюдалось также у больных, приступивших к работе на шахтах Кузбасса в период 1930—1940 гг. В эти годы пылевая обстановка на шахтах была крайне неблагоприятной ввиду отсутствия средств комплексного обеспыливания.

По материалам наблюдений установлено отсутствие прогрессирования пневмоконнозического процесса у целого ряда больных обеих групп: у 43% неработающих и у 50% работающих. В основном это были больные пневмоконнозом I стадии с дыхательной недостаточностью I степени, реже — без нарушения внешнего дыхания. У неработающих больных в возрасте до 60 лет при сроке наблюдения менее 10 лет частота случаев благоприятного течения пневмоконноза была в  $2\frac{1}{2}$  раза выше, чем у больных старше 60 лет со сроком наблюдения более 10 лет ( $P < 0,01$ ). У работающих больных подобной зависимости не выявлено.

Полученные данные свидетельствуют о том, что значительное число шахтеров-пенсионеров, больных пневмоконнозом I стадии с дыхательной недостаточностью I степени, являются ограниченно трудоспособными. Признанные ограниченно трудоспособными работающие больные в основном являлись инвалидами III группы еще в предпенсионном периоде и их инвалидность не была обусловлена болезнями, свойственными старости, или общими возрастными изменениями. Они продолжали работать на легкой работе в шахте. Решение вопроса о их дальнейшей трудоспособности должно основываться на данных динамического врачебного наблюдения с учетом возраста, стажа работы, выраженности клинико-рентгенологических проявлений пневмоконноза, а также изменений со стороны других органов и систем.

Для оценки состояния здоровья и трудоспособности неработающих шахтеров-пенсионеров, у которых в период выхода на пенсию по старости пылевых профессиональных заболеваний бронхолегочного аппарата не выявлено, было детально обследовано 107 человек. Не работали после ухода на пенсию в течение 10 лет около половины из них (45,8%). В возрасте до 60 лет было 38,3% обследованных. Впервые пневмоконноз был установлен у 15 человек (14%), в том числе в возрасте до 60 лет у 3 (6,1%) и старше 60 лет у 12 (20,6%). Не работали в течение 5—10 лет 4 человека (8,2%), более 10 лет — 11 человек (18,9%). У всех больных диагностировалась I стадия пневмоконноза интерстициальной формы. Клинически пневмоконноз характеризовался умеренно выраженными проявлениями хронического бронхита и эмфиземы легких. Нарушения функции внешнего дыхания соответствовали картине дыхательной недостаточности I—II степени.

Было установлено, что 24,4% неработающих пенсионеров практически здоровы, у них отсутствовали жалобы и объективные признаки каких-либо заболеваний. В основном это были лица в возрасте до 60 лет. При опросе о возможности возвращения к трудовой деятельности 80% обследованных ответили согласием при условии предоставления им работы в соответствии с их производственными навыками.

На основании выполненных исследований были разработаны практические рекомендации, направленные на улучшение медицинского обслуживания шахтеров-пенсионеров, трудовую и медицинскую реабилитацию больных и инвалидов. Лица, находящиеся на пенсии по старости и изъявившие желание продолжать трудовую деятельность на шахтах, должны быть обеспечены диспансерным наблюдением и санаторно-курортным лечением. После экспертного решения о состоянии трудоспособности они могут выполнять легкую работу в шахтах в профессиях горного мастера, путевого рабочего, электрослесаря, раздатчика динамитного склада, мастера по вентиляции и др. На поверхностных работах их можно использовать в слесарных и механических мастерских.

Шахтеры-пенсионеры, больные пневмоконнозом I стадии без нарушения внешнего дыхания или с дыхательной недостаточностью I степени, также могут быть допущены на работу в шахту в тех же профессиях при условии применения противопылевых средств.

Больные подлежат диспансерному обслуживанию и ежегодному лечению в отделениях профпатологии, стационарах медсанчастей и городских больницах.

Для улучшения лечебно-профилактического обслуживания пенсионеров по старости целесообразно организовать на базе медсанчастей в крупных шахтерских городах гериатрические кабинеты.

Не менее важным мероприятием, обеспечивающим продолжение трудовой деятельности шахтеров-пенсионеров, является создание при угольных комбинатах специализированных производств по переобучению и переквалификации.

ЛИТЕРАТУРА. Дыскин Л. А. — «Сов. мед.», 1976, № 6, с. 135—138. — Еськин П. И. — В кн.: Материалы научной сессии Новосибирского научно-исслед. санитариного ин-та. Новосибирск, 1963, с. 3. — Кузнецова В. А. — В кн.: Материалы

к итогам научной конференции по вопросам гигиены. Новосибирск, 1967, с. 10—11. — Ревуцкая З. Г., Деркач Н. В. — В кн.: Геронтология и гериатрия. Киев, 1970, с. 375—390. — Рябова А. И. — Тезисы докладов 8-го съезда врачей Кузбасса. Кемерово, 1967, с. 155—156. — Хвилевичкая М. И., Калининна Е. В. — В кн.: Геронтология и гериатрия. Киев, 1970, с. 375—390. — Шарпунто В. М., Лазарева С. А., Переходько В. В. — В кн.: Гигиена и профзаболевания. Вып. 21. М., 1974, с. 10—17. — Шисгал Е. И., Фогель Я. М. — В кн.: Старение и физиология системы организма. Киев, 1969, с. 621—626.